

594
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Juillet 1901, à 1 heure

PAR

Alfred JACQUOT

Ancien externe des Hôpitaux de Paris et de l'Hospice de la Salpêtrière

DU PROLAPSUS RECTAL

IRRÉDUCTIBLE OU ÉTRANGLÉ

SON TRAITEMENT PAR L'AMPUTATION

PRÉSIDENT : M. BRISSAUD, professeur.

JUGES : MM. RECLUS, LEJARS et WURTZ.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

JULES ROUSSET

Librairie Médicale et Scientifique

36, Rue Serpente, 36

En face la Faculté de Médecine

1901

594

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

408



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Juillet 1901, à 1 heure.

PAR

Alfred JACQUOT

Ancien externe des Hôpitaux de Paris et de l'Hospice de la Salpêtrière

DU PROLAPSUS RECTAL

IRRÉDUCTIBLE OU ÉTRANGLE

SON TRAITEMENT PAR L'AMPUTATION

PRÉSIDENT : M. BRISSAUD, professeur.

JUGES : MM. RECLUS, LEJARS et WURTZ.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

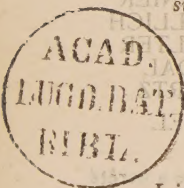
JULES ROUSSET

Librairie Médicale et Scientifique

36, Rue Serpente, 36

En face la Faculté de Médecine

1901



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen: M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

Anatomie, MM. FARABEUF. — Physiologie, CH. RICHEL. — Physique médicale. GARIEL. — Chimie organique et chimie minérale, GAUTIER. — Histoire naturelle médicale, BLANCHARD. — Pathologie et thérapeutiques générales, BOUCHARD. — Pathologie médicale, HUTINEL, BRISSAUD. — Pathologie chirurgicale, LANNELONGUE. — Anatomie pathologique, CORNIL. — Histologie, MATHIAS DUVAL. — Opérations et appareils, BERGER. — Pharmacologie et matière médicale, POUCHET. — Thérapeutique, LANDOUZY. — Hygiène, PROUST. — Médecine légale, BROUARDEL. — Histoire de la médecine et de la chirurgie, N. — Pathologie expérimentale et comparée, CHANTEMESSE.

Clinique médicale, MM. JACCOUD. HAYEM, DIEULAFOY, DEBOVE. — Clinique des maladies des enfants, GRANCHER. — Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, JOFFROY. — Clinique des maladies syphilitiques, FOURNIER. — Clinique des maladies du système nerveux, RAYMOND. — Clinique chirurgicale, TERRIER, DUPLAY, LE DENTU, TILLAUX. — Clinique ophtalmologique, PANAS. — Clinique des maladies des voies urinaires, GUYON. — Clinique d'accouchement, BUDIN, PINARD. — Clinique gynécologique, POZZI. — Clinique chirurgicale infantile, KIRMISSON.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEGUEU	TEISSIER
ALBARRAN	DUPRE	LEJARS	THIERY
ANDRÉ	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
BONNAIRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA André	TOURETTE	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
CHARRIN	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHASSEVANT	HEIM	REMY	WALTER
DELBET	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON BEAU-FRÈRE ET A MA SOEUR

: BUSTYTONI BUSTYTONI BUSTYTONI

A MON FRÈRE

LE CHIEF D'ESCADRONS D'ARTILLERIE

A MES ONCLES :

LE CHEF D'ESCADRONS D'ARTILLERIE EDMOND DEVAUD

Chevalier de la Légion d'honneur

LE CAPITAINE CONSTANT SCHMITT

Du 35^e Régiment d'Infanterie

A MES TANTES

A MON COUSIN :

LE DOCTEUR FERNAND RUDLER

Médecin Aide-Major de l'armée

A MON ANCIEN PROFESSEUR :

MONSIEUR HENRI DALIMIER

Professeur au Collège d'Avranches
Officier d'Académie

A TOUS LES MIENS, A MES AMIS

A MES TANTES

A MON COUSIN :

Le Docteur FERNAND RUDIER
Médecin Aide-Major de l'armée

A MES EXCELLENTS MAÎTRES :

MONSIEUR LE DOCTEUR JULES VOISIN

Médecin à la Salpêtrière

MONSIEUR LE DOCTEUR LEJARS

Chirurgien à l'Hôpital Tenon
Professeur agrégé

MONSIEUR LE DOCTEUR TAPRET

Médecin à l'Hôpital Lariboisière
Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR DÉMELIN

Accoucheur des Hôpitaux
Professeur agrégé

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Médecin à l'Hôtel-Dieu
Professeur de Pathologie interne à la Faculté
Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales; il nous reste un double devoir bien doux et bien agréable à remplir envers nos Parents et envers nos Maîtres.

A nos parents qui nous ont aimé, soutenu et encouragé, nous adressons avec nos remerciements, l'assurance de toute notre affection. A nos maîtres, à ceux dont il nous a été donné de recevoir les savantes leçons et de suivre le haut enseignement, nous exprimons notre vive gratitude et toute notre reconnaissance.

Tout particulièrement nous désirons remercier Monsieur le Professeur Brissaud du très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous ne saurions oublier l'aimable accueil qu'il nous a toujours réservé; et nous serons heureux s'il veut bien accepter ces quelques lignes comme témoignage de notre vive reconnaissance.

Nous devons à la grande amabilité de notre excellent maître Monsieur le Professeur agrégé Lejars le sujet de notre thèse, nous le remercions des conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer durant la confection de ce travail, et

lui adressons l'assurance de notre profonde gratitude. Nous conserverons toujours vivace le souvenir des heures vécues dans son service,

Durant notre année d'externat à l'hospice de la Salpêtrière nous avons étudié l'infinie variété des affections nerveuses sous la haute et savante direction de Monsieur le Docteur Jules Voisin. Que notre ancien maître veuille bien croire à toute notre reconnaissance, nous n'oublions jamais l'intérêt de ses cliniques et le charme de son enseignement.

Nous devons également remercier Monsieur le Professeur agrégé Démelin qui a bien voulu nous donner une place d'externe dans le service si recherché, et à juste titre, de Monsieur le Professeur agrégé Bonnaire à la Maternité de l'hôpital Lariboisière.

Nous avons accompli une partie de notre dernière année d'externat auprès de Monsieur le Docteur Tapret à l'hôpital Lariboisière ; nous regrettons très sincèrement que la fin de nos études médicales nous empêche de profiter plus longtemps des leçons si pleines d'attraits de notre excellent maître. Nous le remercions de nous avoir familiarisé avec les difficultés parfois si ardues d'un diagnostic médical rationnel et précis.

Merci aussi à nos anciens internes, à nos amis, et à tous ceux qui nous ont aidé de leurs sympathiques conseils ; nous ne songerons jamais sans plaisir, mais non plus sans regret aux heures passées ensemble et trop vite écoulées.

A. J. 1901.

PLAN GÉNÉRAL

Nous avons l'intention, dans ce travail, de nous occuper exclusivement du prolapsus rectal irréductible ou étranglé et de son traitement chirurgical par le procédé de Mickulicz. Le prolapsus du rectum en général, et les opérations nombreuses successivement créées par les chirurgiens dans un but thérapeutique, ont fait l'objet de thèses très documentées, aussi, nous a-t-il paru préférable de nous placer à un point de vue particulier, et de n'envisager que l'irréductibilité du prolapsus avec les complications qu'elle entraîne.

Voilà donc le plan que nous suivrons :

Tout d'abord, nous décrirons les causes de l'irréductibilité ou de l'étranglement du prolapsus rectal, et nous étudierons la pathogénie de ses formes aiguës et chroniques.

Les complications de l'étranglement du rectum prolabé feront l'objet de notre seconde partie.

Puis nous consacrerons le troisième chapitre à l'anatomie pathologique du prolapsus d'après une autopsie de Duret et Vallin.

Le quatrième chapitre sera consacré au manuel opéra-

toire préconisé par Mickulicz, et aux modifications apportées à ce procédé par MM. Segond et Delorme.

Les observations relatives à notre sujet seront consignées dans notre cinquième chapitre que nous ferons suivre de nos conclusions,

CHAPITRE PREMIER

L'irréductibilité ou l'étranglement ne sont pas seulement l'apanage du prolapsus total du rectum, on les trouve également dans la forme partielle ou muqueuse de cette affection.

L'irréductibilité peut être complète, totale, avec ou sans étranglement, et ses causes sont variables ; en outre, le rectum prolapsé peut n'être pas irréductible, mais seulement ne pas se maintenir réduit ; enfin, l'irréductibilité est aiguë ou chronique.

De quelle façon le prolapsus du rectum devient-il irréductible, comment se fait l'étranglement ? Voilà ce qui va nous occuper tout d'abord. Le rectum a des attaches supérieures et inférieures. En haut, dans l'intérieur du bassin, il est suspendu par le méso-rectum, le méso-côlon qui l'empêchent de glisser de haut en bas et de franchir l'orifice anal, alors même que celui-ci serait béant. En bas, le rectum est contenu dans le plancher périnéal, et soutenu par les sphincters qui s'opposent à son issue, même dans le cas où les liens suspenseurs ne fonctionneraient plus. Tels sont donc les moyens de fixité qui con-

tribuent à maintenir l'organe à sa place, quoique avec une efficacité inégale, l'appareil suspenseur jouant évidemment le principal rôle

Quelle sera la genèse du prolapsus ?

Il extrêmement rare que tous les moyens de fixité cèdent à la fois ; habituellement, le groupe supérieur se relâche le premier, et le prolapsus est aisément réduit. Mais si à la longue, la résistance des sphincters est vaincue, le prolapsus, de réductible qu'il était primitivement, devient, sinon irréductible, au moins permanent ou incoercible. Nous sommes donc en présence d'une première forme de prolapsus rectal, irréductible par dilatation du sphincter et relâchement des ligaments appartenant au groupe supérieur.

Si au lieu de considérer les moyens de fixité du rectum au point de vue topographique on les envisage relativement à leur constitution histologique, on arrivera à la forme suivante du prolapsus irréductible.

A quelque groupe qu'elles appartiennent, les attaches rectales sont histologiquement constituées par des fibres musculaires lisses ou striées ; des fibres conjonctives épar-
ses ou réunies en faisceaux, et des fibres élastiques. Ces éléments jouent dans la fixation de l'intestin, un rôle en rapport avec leurs propriétés respectives ; les liens passifs étant fournis par les tissus fibreux et élastiques, tandis que les liens actifs sont fournis par les muscles striés ou lisses.

L'affaiblissement ou la destruction de chaque ordre de liens a une origine différente, les ligaments passifs ces-

sant de fonctionner quand ils ont été allongés ou rompus, alors que la déchéance des fibres musculaires entraîne leur paralysie ou leur atrophie. On peut donc aisément entrevoir les conséquences primitives et éloignées de ces lésions variées, et il est dès lors facile de suivre la pathogénie du prolapsus rectal jusque dans ses formes les plus graves.

Y a-t-il allongement ou rupture des fibres conjonctives et élastiques servant de liens suspenseurs, le rectum, sollicité par la pesanteur et les efforts de la toux, de la miction, de la défécation, vient s'appuyer sur le plancher périnéal, presse sur l'orifice anal et tend à le franchir et à le dilater peu à peu ; si les fibres musculaires du releveur de l'anus et du sphincter restent intactes, on sera simplement en présence d'un prolapsus facilement réductible par la contraction musculaire ou le taxis. Mais si, au contraire survient soit une paralysie, soit une atrophie des fibres musculaires, il se produira les phénomènes suivants.

Le releveur de l'anus est-il atteint ? alors le plancher périnéal s'abaisse, perd sa forme et peut devenir convexe par effacement de la dépression anale. Les sphincters sont-ils lésés ? L'orifice anal s'agrandit, se déforme, cesse de résister et ne s'oppose plus à l'issue du rectum au-dehors. Le prolapsus une fois devenu permanent, provoque des troubles intestinaux, la muqueuse rectale s'œdématie et ne peut être refoulée dans le bassin. Il n'y a, dans ce cas, qu'une irréductibilité avec un pseudo-étranglement, le sphincter étant généralement élargi. Mais,

viennent ce sphincter anal à se contracter, à se resserrer en arrière du bourrelet muqueux saillant au dehors, et l'étranglement véritable est constitué.

Il est enfin des cas spéciaux dans lesquels le rectum prolapsé devient irréductible, et cela, sans que les ligaments ni les sphincters puissent être incriminés; les causes de cette irréductibilité viennent alors du bassin lui-même. Dans le Mémorial de l'hôpital du Midi (Paris 1830), Coste rapporte une observation d'étranglement du rectum renversé chez un enfant de 5 ans atteint d'affection calculeuse de la vessie; le prolapsus fut opéré et on fit suivre cette opération, d'une opération de la taille. Il fut alors découvert un calcul volumineux, profondément enclavé; ce calcul, refoulant le cul-de-sac vésico rectal, venait faire saillie dans le rectum lui-même dont il empêchait la réduction.

Il est donc possible, dans le cas où un prolapsus rectal ordinaire coïncide soit avec une affection calculeuse considérable de la vessie, soit avec une tumeur contenue dans le bassin, fibrome utérin, tumeurs osseuses profondément enclavées, de voir ce prolapsus devenir peu à peu irréductible, grâce à la compression exercée sur les parois rectales par ces tumeurs concomitantes.

En février 1898, à la Société des sciences médicales de Lyon, Jourdanet et Vaclas présentent deux cas très intéressants de prolapsus rectal irréductible.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme chez lequel une blennorragie ancienne suivie de rétrécissement avait

provoqué peu à peu, sous l'influence des efforts de la miction, l'irréductibilité du rectum prolabé.

La deuxième observation concerne un malade opéré autrefois pour un abcès de la fosse ischio-rectale et chez lequel, ce phlegmon avait laissé des cicatrices multiples et larges ayant entraîné la fonte de tout le tissu cellulaire de la région. Cet individu, atteint également d'un prolapsus du rectum avait vu peu à peu son affection devenir irréductible par suite de la dilatation considérable de son anus devenu infundibuliforme.

Nombreuses sont donc les causes de l'irréductibilité totale ou partielle, et de l'étranglement du prolapsus du rectum. Qu'elles soient dues à l'état de laxité considérable des ligaments suspenseurs de l'organe, à la dilatation anale ne permettant plus à un prolapsus de se maintenir réduit ; à une paralysie des fibres musculaires du sphincter ; au resserrement considérable de ce muscle en arrière de la tumeur prolabée ; enfin à des affections vésicales, à des rétrécissements de l'urèthre, à l'inflammation du prolapsus, à la présence de néoplasmes ou d'abcès de la fosse ischio-rectale.

Il nous paraît intéressant de signaler une situation spéciale du méso-rectum dans le prolapsus rectal irréductible et il semble logique d'attribuer un rôle important à cette situation du méso-rectum dans la production de l'irréductibilité.

On sait que dans la hernie, lorsque le mésentère accompagne dans le canal inguinal ou crural l'anse intestinale

herniée, il comprime peu à peu cette anse, « forme coin », et finit par empêcher toute réduction ; il engendre insensiblement l'étranglement herniaire.

Eh bien, on peut remarquer, dans les descriptions des opérations de prolapsus irréductibles, que la présence du méso-rectum en arrière du prolapsus est toujours signalée. Et ce méso-rectum se tasse, durcit, devient graisseux, s'enclave en arrière de l'intestin prolabé ; comme le mésentère de la hernie, il « forme coin » et rend toute réduction impossible, créant l'irréductibilité absolue.

Voyons maintenant les formes de l'irréductibilité et de l'étranglement du prolapsus, ces formes sont aiguës ou chroniques, et concernent généralement une affection ancienne.

La forme chronique est assurément la plus commune ; d'abord facilement réductible, et se maintenant réduit ; le prolapsus devient peu à peu permanent, il se reproduit au moindre effort, il a, selon une heureuse expression « perdu le droit de domicile. » Puis, la réduction devient douloureuse, pénible, sous l'action d'un taxis répété, il s'enflamme chroniquement et devient irréductible sans que le patient présente d'accidents aigus ; l'irréductibilité est pour ainsi dire insidieuse, mais elle peut s'accompagner d'étranglement, et alors surviennent des symptômes spéciaux que nous étudierons dans le chapitre des complications.

La forme aiguë, elle, est beaucoup plus rare, elle survient brusquement au cours d'un prolapsus récent ou an-

cien ; sans irréductibilité partielle préalable. Le malade que nous avons vu dans le service de notre maître, Monsieur le Professeur agrégé Lejars nous paraît être un exemple typique de l'irréductibilité aiguë.

Chez cet homme, brusquement, après un effort de défécation, survient une douleur très vive, le rectum prolapsé, ne peut être réduit par le taxis, même après anesthésie par l'éther. La tumeur qui fait issue hors de l'anüs est énorme, rouge violacé, considérablement enflammée, et recouverte d'un liquide glaireux ; l'état général du malade est précaire, affaibli qu'il était par une hémorragie abondante.

Dans le cas qui nous occupe, le sphincter anal était légèrement resserré en arrière de la tumeur, mais il était possible d'insinuer l'index entre le prolapsus et le sphincter. L'irréductibilité nous paraît avoir été causée par l'inflammation du rectum et non par un étranglement vrai.

Forme aiguë, forme chronique, voilà donc ce que l'on rencontre dans la genèse du prolapsus rectal.

Nous regrettons vivement de n'avoir pu nous procurer deux observations qui, d'après leur titre nous semblaient très intéressantes. La première publiée par Ashhurst dans l'« American Journal of the Médical sciences of Philadelphia » en 1890 est intitulée : complète prolapse of the rectum (acute). — La seconde observation est de Sogliano : *Nuovo processo operativo pel cronico, irreducibile prolasso dell'intestino recto* ; elle fit l'objet d'une communication à l'Académie de Médecine et de Chirurgie de Naples en 1877.



CHAPITRE II

Il est tout naturel qu'une affection aussi grave que le prolapsus rectal irréductible ou étranglé s'accompagne de complications soit dans ses formes aiguës, soit dans ses formes chroniques ; il est aisé de comprendre que le pronostic sera en rapport avec la gravité des complications et l'intensité des symptômes. -

Dans la forme chronique de la maladie, les complications surviennent d'une façon progressive et insidieuse, elles consistent principalement dans une exagération des symptômes. La marche du malade devient pénible, gêné qu'il est dans ses mouvements de progression par la présence hors de l'anus d'une tumeur dont les dimensions sont parfois considérables. Sous l'influence des frottements continus des parois du rectum prolabé contre les parties postéro-internes des cuisses et les vêtements, la muqueuse devient peu à peu enflammée, laisse suinter continuellement un liquide glaireux et filant, parfois teinté de sang ou de pus ; et le processus inflammatoire peut, soit amener la formation de cavités ulcéreuses, soit aboutir à une induration de la muqueuse éversée qui rend toute réduc-

tion impossible. Non seulement le prolapsus est irrité, mais les régions cutanées avec lesquelles il est en contact permanent ne sont pas à l'abri de l'inflammation. La région fessière et la partie interne des cuisses sont le siège d'un érythème d'intensité variable, léger ou diffus et confluent, souvent douloureux et provoquant d'insupportables démangeaisons. La peau de la région présente de larges taches rosées parsemées de saillies acuminées, plus foncées et souvent accompagnées d'indurations sanguinolentes, d'érosions, de croûtelles qui ne sont que des lésions de grattage.

Dans le cas de dilatation de l'orifice anal, il y a, si le malade n'est pas constipé, un écoulement permanent des matières fécales, cet écoulement peut dégénérer en diarrhée profuse, l'état général devient mauvais, le malade se cachectise, le rectum irrité par l'issue continuelle des fèces, s'enflamme et souvent s'ulcère et se désagrège. Si l'on ne peut enrayer à temps ces accidents, l'amaigrissement devient extrême, survient la période ultime de cachexie avec œdèmes, le pouls est petit, filiforme, la peau prend une teinte terreuse et le malade meurt en hypothermie.

Dans les formes aiguës de la maladie, les complications surviennent brusquement avec un cortège de symptômes parfois très alarmants.

Outre les éruptions et la diarrhée cachectique signalées plus haut il est fréquent de voir la maladie se compliquer d'hémorragie. Très abondants dans certains cas, ces

écoulements sanguins surviennent le plus ordinairement pendant les efforts de défécation, il sont en général accompagnés d'une vive douleur. Variables comme quantité et comme fréquence, les hémorragies sont le plus souvent formées de sang noir, liquide, renfermant une plus ou moins grande quantité de matières fécales. Suivant l'abondance des hémorragies, et suivant qu'elles se reproduisent plus ou moins fréquemment l'affaiblissement consécutif des malades est variable. La coloration normale des téguments se change en une pâleur cireuse, les muqueuses deviennent blanchâtres ; et si l'hémorragie a été considérable, la peau est moite ; le malade affaibli à des tendances aux syncopes ; le pouls est petit et misérable, la température descend au-dessous de la normale.

Au fur et à mesure que les pertes sanglantes s'accroissent en fréquence et en intensité, l'état général devient plus mauvais, l'état syncopal augmente, l'anémie progresse et le malade finit par succomber, le plus souvent dans une syncope.

Nous avons vu déjà que le prolapsus rectal peut subir un processus ulcératif. Que l'une de ces érosions que l'on rencontre à la surface de la muqueuse prolabée, gagnant peu à peu toutes les tuniques du rectum vienne à en nécroser complètement la paroi, on se trouve alors en présence d'une véritable perforation intestinale dont la péritonite est la conséquence fatale. Mais il existe encore un autre mode d'apparition de la péritonite. Lorsque le rectum prolabé est fortement enserré dans le sphincter anal,

celui-ci, joue à l'égard du prolapsus le rôle d'une ligature et la tumeur rectale se mortifie peu à peu et se désagrège. Il est aisé de comprendre que si des cicatrices ne s'établissent pas entre la portion du rectum située au-dessus du sphincter et les tissus qui l'entourent, l'infection péritonéale sera possible par suite de l'ascension dans la cavité abdominale, de l'intestin que ne maintient plus le sphincter de l'anus.

La péritonite s'annonce par des symptômes généraux graves : hoquets, vomissements alimentaires, bilieux, puis porracés, douleurs abdominales, facies grippé, délire, fièvre ; la mort est rapide dans le plus grand nombre des cas.

Cependant, lorsque le prolapsus du rectum, fortement étranglé par l'anus se mortifie, la mortification et la chute de la muqueuse prolapsée peuvent s'accompagner d'une cicatrisation complète, péri-anale, de la portion supérieure de l'intestin. Cela constituerait donc un mode de guérison parfait si, le plus souvent, le tissu cicatriciel n'entraînait par sa formation, un rétrécissement anal assez intense, parfois, pour provoquer, comme le fait un étranglement absolu du prolapsus rectal, une rétention complète des matières fécales, ce qui constitue une autre complication. On assiste alors à l'évolution de la stercorémie avec le cortège de tous les symptômes qu'elle entraîne ; céphalée, vertiges, délire souvent violent, ballonnement du ventre, rigidité de la paroi abdominale, douleurs, hoquets, vomis-

sements fécaloïdes, arrêt complet de l'issue par l'anus, des matières et des gaz.

L'irritation de la muqueuse rectale éversée peut aboutir également à la suppuration ; le liquide, glaireux d'abord, qui suinte presque continuellement à l'extérieur du prolapsus rectal, devient, sous l'influence du processus inflammatoire, sanguinolent, puis peu à peu teinté de pus. — La purulence finit par s'installer définitivement, elle peut devenir très abondante, il se forme sur toute la surface de la muqueuse des ulcérations grisâtres, sanieuses ; laissant s'écouler un pus verdâtre, compact, d'odeur fétide ; il se forme des escarres dont l'élimination met à nu des foyers purulents. Le malade est en proie à une véritable infection purulente, et peu à peu, l'affection finit par en présenter tous les symptômes ; on a même rencontré dans certains cas des abcès du foie, de la phlébite et des péritonites aiguës généralisées survenues consécutivement.

Dans les cas où ces affections ne viennent pas compliquer le pronostic déjà singulièrement assombri ; si l'on ne peut, par un traitement chirurgical, arrêter la suppuration ; le malade, ne pouvant résister à une suppuration prolongée s'amaigrit, ses téguments prennent une coloration grisâtre et il meurt en proie à une cachexie profonde.

Non seulement les ulcérations du prolapsus rectal irréductible ou étranglé sont susceptibles de provoquer soit une perforation intestinale ; soit la chute de la muqueuse par gangrène, soit une purulence grave.

Il se produit à leur niveau un lien de moindre résistance un terrain admirablement préparé pour voir germer en lui l'infection cancéreuse ; et, en effet, assez nombreuses sont les observations relatives au cancer du rectum, greffé sur un prolapsus ulcéré. La muqueuse herniée se couvre de bourgeonnements grisâtres, sanieux, d'odeur infecte et laissant suinter un liquide de mauvaise nature, le néoplasme finit par prendre une situation prépondérante dans la marche de l'affection. Propagation ganglionnaire, néoplasies secondaires des divers organes, puis, carcinie généralisée et mort par cachexie cancéreuse, sont les conséquences de cette redoutable complication.

De volumineuses hémorroïdes peuvent accompagner le prolapsus rectal irréductible, et en sont une complication à cause des douleurs, des difficultés de la défécation, et de la sensation pénible de pesanteur qu'elles déterminent au niveau de la région anale, également, elles peuvent engendrer des selles sanguinolentes : mais ce ne sont pas elles qui entraînent ces grandes hémorragies déjà décrites et qui sont dues à l'ulcération de la muqueuse.

Mais, si les hémorroïdes peuvent prendre place dans l'énumération des complications du prolapsus du rectum, elles sont aussi une sérieuse complication de son traitement chirurgical : en outre, par leur volume, elles sont susceptibles d'être un obstacle à la réduction du prolapsus et même, elles peuvent provoquer un pseudo-étran-

blement en rétrécissant la lumière du canal intestinal.

Chez la femme, le prolapsus rectal irréductible ou étranglé s'accompagne fréquemment de prolapsus utérin, cette issue de l'utérus hors des voies génitales est principalement causée par les efforts de la défécation ; elle est aussi facilitée par le relâchement des ligaments péri-utérins, relâchement qui paraît être en rapport avec celui des ligaments suspenseurs du rectum ; la chute de l'utérus est variable dans sa forme, sa fréquence et sa symptomatologie.

On a coutume de considérer l'hédrocèle comme une complication tout à la fois, du prolapsus lui-même et de son traitement.

On n'entend par hédrocèle, une hernie formant à la partie antérieure du prolapsus une tumeur molle, pseudo-fluctuante, sonore à la percussion, augmentant par la toux, et réductible avec gargouillement.

Au point de vue opératoire, l'hédrocèle fut considérée jadis par les chirurgiens comme une complication fort grave, car l'on redoutait beaucoup l'ouverture du péritoine. Et l'on reprocha principalement à l'amputation du prolapsus rectal, irréductible, préconisée par Mickulicz d'entraîner l'ouverture du péritoine toutes les fois que le prolapsus s'accompagnait d'hédrocèle. A l'époque actuelle, grâce aux immenses progrès apportés par la découverte de l'antisepsie à la pratique chirurgicale, les accidents consécutifs à l'ouverture du péritoine ne sont plus à craindre, et nous ne croyons pas que l'hédrocèle doive être considérée comme une complication opératoire.

Faut-il envisager l'hédrocèle comme antérieure au prolapsus, ou l'envisager comme postérieure à lui, c'est-à-dire comme une de ses complications?

Les avis sont partagés : beaucoup, avec Cruveilhier, Esmarch, admettent que le prolapsus est initial, et l'hydrocèle secondaire ; cette dernière, compliquant par conséquent la chute du rectum.

Ludlow pense tout autrement ; en 1899, dans les Archives de Langenberg il énonce les propositions suivantes : « Le cul de sac péritonéal recto-vesical qui, dans les premières phases de la vie embryonnaire descendait jusqu'au voisinage du périnée, constituant le canal de Douglas, s'est replié au niveau du tiers supérieur des vésicules séminales. Dans sa portion rectale, le péritoine est fusionné avec la paroi antérieure du rectum, formant corps avec lui. Et il n'est pas possible de concevoir son déplacement, sans entraînement péritonéal et réciproquement. Or, dans ce « ballon péritonéal », selon l'expression de Ludlow, on trouve des anses intestinales.

Que, sous l'influence d'une poussée continue, d'un effort répété, de l'affaiblissement de la paroi rectale, et peut être d'une malformation congénitale de ce cul de sac, la paroi antérieure soit refoulée, elle cède, s'allonge, s'invagine dans la lumière rectale, suivie dans ce déplacement de la paroi latérale ; de la paroi postérieure sans grands moyens de fixités ; et le prolapsus est constitué. »

Ludlow a trouvé la hernie périnéale primitive 8 fois sur 13 cas, et, dit-il il n'est pas prouvé que dans les 5 autres

cas, elle n'existait pas. Si ce mécanisme est exact, l'hédrocèle précède toujours le prolapsus en invaginant le rectum ; et ne saurait, par conséquent être envisagée comme une complication de cette affection.

CHAPITRE III

Ayant eu un malade atteint de prolapsus irréductible du rectum, Duret et Vallin en étudièrent l'anatomie pathologique, nous allons donner les résultats de ces auteurs, publiés par eux en 1891 dans le « Journal des Sciences Médicales de Lille. »

Il s'agit d'un vieillard de 60 ans, mort d'une affection des voies urinaires : sur le malade vivant, le prolapsus avait à peu près le volume du poing, la forme d'un cône tronqué, dont la base était à la marge anale, et le sommet au dehors, à 8 centimètres environ.

L'orifice, au sommet, avait la forme d'une fente antéro-postérieure ; la surface externe était formée de replis sail-lants et rouges. Il y avait un peu de turgescence, de congestion, un suintement glaireux, mais pas d'ulcérations, ni de lésions d'étranglement ; le prolapsus, d'abord réductible, était devenu irréductible.

Voici quels furent les résultats de l'autopsie. Profondeur considérable du cul-de-sac recto-vésical (12 à 13 centimètres au lieu de 5 à 6), le péritoine s'enfonce dans le petit bassin, entre le rectum et la vessie, d'une distance double

de l'état normal ; si on enfonce le doigt dans le cul-de-sac il arrive en avant du prolapsus jusqu'au contact du sphincter périnéal. Il ne pénètre pas dans la masse prolabée, quoiqu'il en soit très voisin. La séreuse forme un mésorectum triangulaire pour la première portion, revêtant sur les côtés les vésicules séminales et les canaux déférents, plongeant sur la ligne médiane entre le rectum et la vessie jusque derrière la prostate, pour remonter ensuite sur la partie postérieure de la vessie. Mais le grand cul-de-sac recto-vésical est divisé en 3 compartiments plus profonds et plus étendus qu'à l'état normal.

L'un médian, véritable arrière fond, descend loin derrière la prostate et devient très voisin de la peau : il est limité en haut par deux replis arciformes du péritoine (ligaments postérieurs de la vessie) beaucoup plus saillants qu'à l'état normal. Au-dessus d'eux se voient les deux culs de sacs latéraux du péritoine, également très profonds. Le sacrum et les parties voisines des os iliaques ayant été enlevés à la scie, le péritoine est enlevé et disséqué par sa face profonde ; on trouve deux faisceaux fibreux, qui, partis du voisinage de l'angle sacro-vertébral, croisent latéralement le rectum et vont se perdre dans le tissu celluloso-fibreux des faces internes des épines sciatiques. Le releveur de l'anus est ensuite disséqué par sa face supérieure, il est assez épais, mais allongé ; l'infundibulum qu'il forme autour du rectum est beaucoup plus profond qu'à l'état normal ; il descend vers le prolapsus, et se

trouve entraîné en bas quand on exerce des tractions sur ce dernier.

La partie du rectum qui occupe le centre de l'infundibulum du releveur semble étirée, son calibre est amoindri à quelques centimètres du sommet de la fosse du releveur, il existe en ce point une sorte d'étranglement du tube intestinal ; au-dessus, l'intestin reprend peu à peu son calibre. Au-dessous, il augmente peu de volume, et semble se perdre dans le centre de la saillie formée du côté de la cavité pelvienne par la masse prolapsée.

Après réduction du prolapsus, l'orifice anal très élargi a l'aspect d'un anus infundibuliforme, dans lequel font saillie des masses ampullaires ressemblant à des hémorroïdes flétries, mais qui ne sont que des plis saillants de la muqueuse. Dans l'anus, on peut introduire la main en cône.

Après reproduction, le prolapsus mesure 8 centimètres de long et 5 centimètres de diamètre ; forme d'un cône tronqué à base supérieure, régulièrement elliptique, et dont le sommet est pourvu d'une fente représentant l'orifice du rectum. Si on l'attire à soi on aperçoit sur sa face externe, 3 replis de la muqueuse simulant des valvules conniventes et se recouvrant les unes les autres. Par la dissection, on constate que tout le sphincter et la partie voisine du releveur sont dilatés et distendus. Le raphé fibreux médian postérieur, qui va de la pointe du coccyx à la commissure postérieure de l'anus, est excessivement allongé. Quoique très dilaté, le sphincter disséqué par sa face inférieure est assez robuste, il est formé de faisceaux

musculaires bien conservés, entremêlés avec des trainées graisseuses. Le releveur au contraire est très aminci dans sa partie inférieure.

Le prolapsus est incisé latéralement dans toute sa longueur : il est formé uniquement par la muqueuse éversée ; cette tunique est un peu hypertrophiée, au dessous d'elle existe une couche celluleuse très lâche et séreuse qui l'a suivie en partie dans son déplacement. Une dissection plus profonde, montre que cette couche celluleuse s'est dédoublée ; son feuillet profond étant incisé et disséqué, on tombe sur un cylindre mince et pâle qui n'est autre que la couche des fibres musculaires longitudinales du rectum.

Le rectum est ensuite appliqué sur une plaque de liège et maintenu avec des épingles : on en dissèque les fibres longitudinales. On voit que les fibres musculaires du cylindre rectal qui sont immédiatement au dessus de l'ampoule, sont pâles, élongées, amincies, dans une étendue de 5 à 6 centimètres.

Elles forment un ruban plus étroit, plus mince, qui, disséqué, est presque transparent, tandis qu'au dessus de cette région, les fibres musculaires du rectum sont plutôt épaissies et forment de beaux faisceaux parallèles, rouges et volumineux.

Les fibres musculaires qui correspondent exactement à l'ampoule rectale, forment aussi une couche très amincie, transparente, jusqu'au centre du prolapsus, jusqu'à l'orifice de ce dernier, où elles se terminent insensiblement.

Cette dissection montre d'une manière bien nette que toute l'extrémité inférieure du cylindre musculaire, formée par la couche longitudinale du rectum, a été attirée dans le prolapsus jusqu'à son sommet, par le mécanisme de l'élongation, subissant par cela même une atrophie très remarquable.

Au dessus de l'ampoule, au contraire, existait une hypertrophie de cette même tunique musculaire.

CHAPITRE IV

Dans certaines de ses formes, le prolapsus du rectum est une des affections les plus graves que le chirurgien puisse avoir à traiter ; aussi, le nombre est considérable, des opérations créées dans un but thérapeutique. Nombreux également sont les travaux dans lesquels ont été exposés et discutés tous les différents manuels opératoires ; raies de feu au thermocautère, recto-coccyxpezie de Verneuil avec les modifications apportées à ce procédé par Gérard-Marchant ; colopexie de Jeannel.

Ayant limité notre sujet à l'étude exclusive du prolapsus rectal irréductible ou étranglé, nous ne saurions entrer dans des détails relativement à toutes ces opérations, dont aucune du reste n'est, de l'avis unanime, le procédé de choix à employer dans le cas spécial qui nous occupe.

Il sera uniquement, dans ce chapitre, question de l'excision du rectum prolapsé, selon la méthode de Mickulicz ainsi que des modifications y apportées par MM. Segond et Delorme.

La cause déterminante du prolapsus réside dans l'affaiblissement ou la destruction des moyens de fixité et de

contention ; la cause efficiente, dans la tension intra abdominale. On cherche donc à combattre le relâchement des appareils de suspension et de contention, à supprimer les efforts. Mais à côté du prolapsus qui est un fait mécanique, tributaire de l'action chirurgicale, est un fait dynamique, le premier au point de vue chronologique et hiérarchique, à savoir : la perte des propriétés fondamentales des tissus (tonicité et contractilité des muscles lisses et striés, élasticité et résistance des tissus élastiques et fibreux).

Comment remédier à la laxité des ligaments ? Comment triompher de l'asthénie musculaire ? L'opération la plus rationnelle et la mieux conduite se heurte à ces difficultés.

Ne pouvant efficacement atteindre le fait dynamique, les chirurgiens se bornent à lutter contre le fait mécanique : l'abaissement et la hernie du rectum ; et, suivant l'idée pathogénique dominante, on les voit rétrécir l'anus et le rectum, supprimer l'intestin procident, ou bien essayer de le réduire et de le maintenir fixé dans le bassin par des adhérences artificielles.

Au point de vue thérapeutique, on peut distinguer les prolapsus réductibles, irréductibles et étranglés avec ou sans sphacèle ; les altérations de la muqueuse et notamment les ulcérations, les adhérences de cylindres invaginés sont aussi à retenir, à causes des indications spéciales qu'elles fournissent.

D'autre part, si le plus souvent le prolapsus, est essentiel, il peut arriver qu'il soit commandé par certaines

affections de l'extrémité inférieure du tube digestif (polypes, hémorroïdes, rétrécissements, cancers). On conçoit dès lors que tel procédé opératoire qui convient au prolapsus essentiel, manquera son but si on le dirige contre le prolapsus symptomatique. Dans le premier cas, c'est la pro-cidence même qu'il faut viser ; dans le second, c'est l'affec-tion primitive qu'il faut avant tout traiter.

Si le prolapsus est grave, irréductible ou étranglé, le plus sûr moyen de le guérir, est l'extirpation de la partie prolabée ; c'est de ce procédé que nous allons maintenant nous occuper, nous en donnerons d'abord la description, puis nous discuterons sa valeur.

La méthode antiseptique, permet, à l'heure actuelle de procéder à l'excision et à la résection d'une portion du rectum sans crainte des accidents d'hémorragies, de péritonite septique, qui, jusque dans les dernières années ont fait rejeter ce mode de traitement.

L'extirpation peut être pratiquée dans les cas de pro-lapsus graves, elle devient une opération de nécessité lorsqu'il y a irréductibilité, étranglement et menace de sphacèle, complication de néoplasme.

Employée par Sabatier, Cooper, Diffenbach, l'opération a été reprise à l'étranger par Nicolaysen, Billroth, Nicola-doni, Mickulicz, Volkmann, Kuhne ; en France par Péan, Ch. Nélaton, Périer, Segond. Plusieurs procédés ont été décrits.

Péan applique d'abord une ligature élastique provisoire, sectionne ensuite le prolapsus en avant et en arrière sur

la ligne médiane, puis en résèque les deux moitiés. Il termine en suturant les lèvres du rectum avec celles des parties réséquées.

Nélaton, après avoir étalé le prolapsus, applique de chaque côté de la ligne médiane, en avant et en arrière, deux longues pinces qui permettent de diviser le rectum en deux portions, sans perdre une goutte de sang. Puis, il résèque chacune des deux moitiés au ras de l'orifice anal, suturant la muqueuse à la peau, au fur et à mesure qu'il procède à la résection. Périer et Segond ont opéré de la même manière.

Procédé de Mickulicz : Ayant vidé au préalable l'intestin par des laxatifs et des lavements, Mickulicz administre une heure avant l'opération dix gouttes de teinture d'opium, pour mettre l'intestin au repos ; l'opéré est ensuite chloroformé et placé dans la position de la taille. Une irrigation continue est pratiquée avec une solution antiseptique faible pendant tout le temps que dure l'opération ; deux fils de soie sont passés par le sommet du prolapsus, et servent à le tendre et à le tenir pendant l'exécution opératoire. Cela fait, le chirurgien allemand divise, à 1 ou 2 centimètres, en avant de l'anus, le cylindre externe de la face antérieure du prolapsus.

Il procède couche par couche, en liant immédiatement chaque vaisseau qui donne du sang. La partie antérieure, séreuse comprise, du cylindre externe étant divisée, on aperçoit la couche séreuse du cylindre interne. A ce moment le cul-de-sac péritonéal est largement ouvert, on vé-

rifie s'il ne contient pas d'anse intestinale ; s'il y en a une, on la réduit. Le cul-de-sac péritonéal vidé, est immédiatement fermé par des points de suture réunissant les deux tuniques péritonéales, et faites avec du fil de soie phéniqué. Après la fermeture du péritoine, on sectionne la partie antérieure du cylindre intérieur, liant les vaisseaux au fur et à mesure. Les parties antérieures des deux cylindres du prolapsus étant divisées, on les réunit à l'aide de points de suture profonds, comprenant toutes les tuniques.

On procède ensuite à la résection de la partie postérieure du prolapsus, en se rappelant qu'il n'existe pas, en ce point, de péritoine entre les deux cylindres qui la constituent. Par contre, le méso-rectum et le mésocôlon qu'on y rencontre, comprennent des vaisseaux assez importants qu'on lie au fur et à mesure de leur division. L'application des sutures profondes complète l'hémostase et termine l'opération. Le moignon rectal ainsi obtenu est saupoudré d'iodoforme et refoulé, d'ordinaire il se rétracte spontanément.

Hochenegg, dans un cas d'invagination du rectum, à découvert l'intestin par la voie sacrée (opération de Kraske) afin de pouvoir atteindre la base même de l'invagination, et d'être sûr de réséquer la totalité des parties prolabées, pour empêcher la récidence.

Procédé de Delorme. — Le malade étant placé dans la position de la taille, on commence par faire une dilatation progressive du sphincter anal avec les doigts, jusqu'au contact des ischions. Puis on procède à la séparation du

sphinter et de la muqueuse par incision demi-circulaire postéro-inférieure, à la réunion de la muqueuse et de la peau, suivie d'une autre incision demi circulaire supérieure ou antérieure. Décollement de la muqueuse en respectant, en haut, le bord libre du sphincter externe dont la conservation est indispensable. On dégage les fibres rouges du sphincter externe, les fibres presque blanches du sphinter interne, les fibres annulaires blanches de la musculature qui lui font suite, et qui, très hypertrophiées, forment une couche épaisse et continue. La séparation s'effectue d'abord en haut, puis en bas et sur les côtés. A mesure que la dissection de la muqueuse se poursuit, apparaît et se développe dans le prolapsus avec invagination, un globe volumineux sur lequel sont étalées les fibres circulaires de l'intestin. C'est de ce globe qu'on sépare un manchon muqueux.

Ayant dégagé la muqueuse dans une étendue de 8 à 10 centimètres en avant et sur les côtés, on complète la séparation en arrière et en haut dans une étendue de quelques centimètres ; on place en travers d'elle une ou deux pinces qui obturent sa cavité ; au-dessous d'elle, d'autres pinces transversales de repère sont disposées, puis on coupe le manchon fibreux entre les deux séries de pinces. On achève de haut en bas la séparation de la portion de muqueuse postéro-inférieure qui représentait un lambeau quadrilatère adhérent au sacrum.

On continue ensuite la séparation méthodique du manchon muqueux d'avec les fibres musculaires lisses du globe

prolabé ; on arrive au niveau de la cavité du cylindre invaginé : là, la muqueuse a ses dimensions normales, elle est plus solide, moins épaisse, à surface extérieure presque blanche, et elle présente la largeur d'un travers de pouce. Quand, après une traction modérée, on constate que le manchon muqueux relâché, tend à remonter, quand on s'aperçoit qu'il ne pourrait plus être attiré sans quelque effort, on s'arrête dans la dénudation et on passe au 3^e temps de l'opération.

Ce 3^e temps comprend la suture de la muqueuse : par une fente de 4 à 5 centimètres de longueur, pratiquée sur la paroi antérieure de la muqueuse, un peu au-dessus du point où doit porter son excision circulaire définitive, on passe de dehors en dedans, puis de dedans en dehors. 4 fils de soie (n^o 4) en U, qui, en haut, en bas, à droite, à gauche réunissent la peau anale à la muqueuse. Les nœuds de ces 4 sutures cardinales doivent être placés en dehors pour en faciliter l'ablation. Puis, chaque quart de muqueuse intermédiaire entre les fils en U est suturé à points passé, à mesure qu'on sectionne.

Pansement iodoformé ou salolé. Malade constipé par l'opium pendant 10 ou 12 jours ; diète sévère pendant les deux premiers jours pour éviter de provoquer des vomissements chloroformiques qui pourraient retentir sur l'intestin, déplacer les surfaces accolées, tirailler sur les sutures. Du 2^e au 8^e jour, bouillon, jaunes d'œufs, après le 8^e jour, régime carné modéré. Le pansement est levé au 10^e jour, les fils en U sont sectionnés ; et on fait un nou-

veau pansement, puis, au 12^e jour, on donne des lavements pour amener la déconstipation.

M. Delorme, donne les raisons suivantes pour expliquer son procédé : il est des prolapsus dans lesquels, la tumeur rectale, formant un globe unique, est constituée à la fois par la muqueuse, la musculuse et même par le péritoine du cul-de-sac recto-vésical. Il en existe d'autres où la tumeur, globe double, est formée d'une masse intestinale, rectale ou recto-colique invaginée dans le rectum ; cette masse y reste engagée ; ou, pendant l'effort, sort par l'anus.

Dans ces prolapsus, se contenter de l'ablation de la muqueuse paraît, au premier abord, d'une pratique insuffisante ; au contraire l'excision d'un manchon muqueux suffit à assurer la guérison solide, durable, d'un grand prolapsus invaginé. Après l'ablation de la muqueuse du cylindre engainant, de la surface périphérique du cylindre engainé ; enfin, après l'excision d'une portion de la muqueuse du canal du cylindre engainé suivie de sa suture anale, le cylindre engainé adhère, avivé, au cylindre engainant. Tout glissement de l'une sur l'autre, si facile quand une muqueuse lisse les tapissait, est devenue dès lors impossible. Or, dans le mécanisme de ces prolapsus, quelle que soit la pathogénie à laquelle on s'arrête, le glissement joue un rôle de premier ordre. D'un autre côté, par le fait de l'accolement des surfaces engainante et engainée de l'intestin, on a accumulé au niveau de l'anus, la couche régulière, soigneusement conservée, de

muscles lisses qui continue le sphincter interne, couche très hypertrophiée le plus souvent, et dont l'épaisseur et la continuité étonnent l'opérateur. Ces fibres, qui restent en rapport avec leurs vaisseaux et leurs nerfs, viennent renforcer l'action des sphincters naturels. En outre, après le sacrifice d'un grand manchon de la muqueuse, celle qui reste est plus tendue ; elle forme une sorte de sangle élastique, susceptible de résister aux pressions abdominales qui se répercutent sur l'anus, que ces pressions viennent de l'hédrocèle ou se transmettent directement à l'intestin.

Ainsi, suppression du glissement, augmentation d'épaisseur des tissus contractiles dans la région sphinctérienne, tels sont les avantages réalisés par l'excision d'un grand manchon muqueux dans les prolapsus avec invagination. Dans le prolapsus sans invagination, le tassement des tissus au niveau de l'orifice anal et la tension de la muqueuse semblent pouvoir rendre compte de la guérison.

Il est de toute évidence que ce procédé est logique et rationnel, il a donné d'excellents résultats entre les mains de son auteur ; sur 3 malades opérés, deux furent revus le 1^{er}, 18 mois après son opération, le 3^e 11 mois après ; chez tous deux la guérison est complète ; cicatrices invisibles, plis rayonnés rétablis, prolapsus disparu ; rectum continant, dilatable, fermé par un sphincter résistant. Mais il nous semble, malgré l'excellence des résultats que ce ma-

nuel opératoire n'est pas exempt de dangers ; en effet, cette excision d'un lambeau parfois très considérable de muqueuse raccourcit beaucoup l'intestin, lequel, tirailé, agit sur les sutures anales. Ces sutures, sous l'influence de la traction continue que l'intestin exerce sur elles, peuvent céder et alors, le rectum remonte dans la cavité abdominale et le malade meurt par péritonite infectieuse, ce qui est le cas du malade de la 2^e observation de M. Delorme.

De plus, l'opération est beaucoup plus compliquée que celle préconisée par Mickulicz et demande assurément une grande habileté chirurgicale ainsi que beaucoup d'attention et de précautions, et c'est pourquoi cette dernière nous semble préférable tant au point de vue des résultats qu'au point de vue pratique.

On a beaucoup attaqué, autrefois, l'opération du prolapsus rectal par l'amputation, objectant principalement l'infection péritonéale possible par l'ouverture du cul-de-sac recto-vésical, ainsi que la possibilité d'hémorragies considérables. A l'heure actuelle, on peut considérer ces critiques comme dénuées de fondement, car la chirurgie moderne depuis l'avènement de l'antisepsie n'a plus à redouter, l'infection et l'on peut maintenant pratiquer l'hémostase la plus parfaite. En somme, la gravité de la résection du prolapsus rectal par le procédé de Mickulicz, semble minime ; quant au résultat définitif, il paraît également encourageant. Sur 7 opérés, Mickulicz en a revu un après 6 mois, un autre après 10 mois, un troisième après 2 ans, sans rétrécissement rectal, ni reproduction du pro-

lapsus. On pourra objecter que les 4 autres malades n'ont jamais été revus, mais pourrait-on en déduire que de ce fait même ils ne sauraient être considérés comme guéris ? Nous ne le croyons pas ; il nous semble, au contraire, qu'ils auraient eu tout intérêt, dans le cas de non réussite de leur opération, à venir tenter une fois encore la guérison de leur affection.

Si l'ablation de la tumeur rectale prolabée n'est pas forcément le seul moyen thérapeutique mis en œuvre pour guérir toutes les formes de prolapsus rectaux, elle nous paraît, dans certains cas, être une opération de choix ; parfois même, son indication est absolue.

Si l'on se trouve en présence d'une forme irréductible de prolapsus rectal que l'irréductibilité soit due à un œdème considérable de la muqueuse prolabée, qu'elle soit due à une invagination avec adhérences des cylindres empêchant toute réduction ; on ne saurait logiquement songer à replacer dans la cavité abdominale la portion du rectum qui est hors de l'anus. Surtout lorsque, par sa contraction permanente, le sphincter anal, vient encore ajouter un étranglement à l'irréductibilité préexistante. Il serait impossible, même après laparotomie d'attirer en haut l'intestin hernié pour le fixer dans la cavité abdominale et l'y maintenir fixé ; l'amputation est au contraire absolument indiquée, puisqu'elle supprime tout ce qui faisait issue hors de l'anus.

Lorsque la muqueuse intestinale prolabée est ulcérée, en voie de sphacèle, ou enflammée, il serait dangereux de

vouloir la replacer dans le bassin, ce serait exposer le malade à une perforation avec péritonite; il en serait de même dans le cas où la suppuration ne serait établie avant qu'on ait fait toute tentative de traitement. L'extirpation du rectum est encore dans ce cas la méthode de choix puisqu'elle détruit toute chance d'infection; elle est absolument indiquée dans le cas où un néoplasme vient compliquer le prolapsus. Par une amputation rapide du rectum, on peut essayer de d'enrayer la marche du cancer et d'empêcher sa propagation ganglionnaire, sa génération.

Chez les vieillards, les enfants et les individus affaiblis et délabrés, l'opération de Mickuliez est indiquée, car elle n'expose pas aux dangers d'une laparotomie ou d'une opération par la voie ano-coccygienne; elle n'entraîne pas non plus, les inconvénients si importants de l'anus iliaque après colopexie.

La résection est en somme une excellente opération, présentant peu de dangers, d'une pratique relativement aisée, et très encourageante quant à ses résultats; si, dans certains cas; son indication n'est pas nécessaire, elle est absolue dans toutes les formes graves du prolapsus irréductible ou étranglé du rectum.

Il n'est peut être pas inutile de mentionner comme moyen curatif la réduction bimannuelle, mais ce mode de traitement qui amène la guérison d'un prolapsus ordinaire, est surtout un moyen de diagnostic dans la forme irréductible de l'affection; son inefficacité est une indication de l'intervention chirurgicale.

CHAPITRE V

Bien que nous ayons recueilli bon nombre d'observations de prolapsus irréductibles du rectum, nous avons cru devoir rester exclusivement dans le cadre que nous nous sommes imposé, et nous ne relaterons ici que celles ayant trait à la cure de l'affection par l'extirpation.

OBSERVATION I (Résumée)

Prolapsus du Rectum. — Irréductibilité. — Invagination. — Résection du Rectum. — Guérison.

Albert A... 2 ans 1/2, entre à Saint-Louis le 28 mai 1889 dans le service de M. le Dr Péan. Enfant chétif, malingre, atteint d'un prolapsus rectal de 12 à 14 centimètres. De l'anus, sort un boudin rouge vineux, à surface ridée et présentant un orifice circulaire à son extrémité inférieure. Il est irréductible même sous le chloroformé.

Opération : anesthésie chloroformique : le prolapsus est saisi et entouré à sa base d'un lien constricteur en caout-

chouc, puis, il est tendu par 4 ou 5 pinces hémostatiques. Divison verticale par deux coups de ciseaux, des parties prolabées, jusqu'à 2 centim. de l'anus : résection des lambeaux antérieur et postérieur. Cette résection permet de se rendre compte de l'invagination de l'S Iliaque dont l'extrémité inférieure a été comprise dans la résection transversale. Les lèvres du rectum excisé sont mises en rapport avec les lèvres de l'S Iliaque, elles sont suturées de manière à obtenir un affrontement parfait des mêmes tuniques.

Pansement iodoformé. Guérison. (In-thèse : Menne : obs. III. Paris 1889).

OBSERVATION II (Résumée)

Prolapsus complet et irréductible du Rectum. — Résection. — Guérison.

Louis No. . . 37 ans, garçon fruitier, entre le 23 novembre 1889 dans le service du Prof. Trélat à la Charité, atteint depuis l'âge de 13 ans d'un prolapsus facilement réductible, mais qui sort au moindre effort. Tumeur en forme de tronc de cône à base tournée vers l'anus : la longueur est de 10 centimètres ; le sommet tronqué est représenté par un petit orifice circulaire, et sa base répond au contour de l'orifice anal élargi ; à ce niveau, un sillon sépare la muqueuse de la peau, le prolapsus étant devenu irréductible, on pratique l'opération le 15 décembre, pansement. 25 jours après, le malade quitte l'hôpital guéri : il revient 15 jours après sa sortie : la région anale est en bon état, aucune tendance au prolapsus. Par le toucher, à deux centi-

mètres au-dessus de l'anus, on sent la cicatrice formant un léger rétrécissement. Linéaire en avant, elle est un peu irrégulière et bourgeonnante en arrière; la défécation s'accomplit normalement, sans douleurs et sans tendances au prolapsus.

(In thèse : Lyot ; obs. IV. Paris 1890).

OBSERVATION III (Résumée)

Prolapsus complet et irréductible du Rectum. — Résection. — Guérison.

Homme de 32 ans atteint depuis son enfance d'un prolapsus, qui, à l'âge de 16 ans se complique d'hémorragies provoquées par de volumineuses hémorroïdes. De 20 à 26 ans, le malade subit de nombreuses opérations (5 faites par les chirurgiens), au fer rouge, au thermocautère; la dernière, seule, fait disparaître les hémorroïdes. Par contre, le prolapsus s'est accru, il est devenu irréductible. Au moment où le malade entre à l'hôpital de la Charité, son prolapsus volumineux, mesure 9 centimètres de hauteur et présente cette particularité qu'à l'extrémité de la masse prolabée, on constate l'existence d'un rétrécissement cicatriciel dans lequel l'index pénètre à frottement. Il y a tout lieu de penser que ce rétrécissement était la cause première du prolapsus; en tous cas, cette atrésie était pour ainsi dire la lésion principale; c'est contre elle qu'il fallait agir, et l'ablation de la masse prolabée était donc le seul parti qui répondit à toutes ces indications. Aussi, pourrait-on dire que ce fait est moins une ablation de prolapsus

qu'une résection intestinale dirigée contre un rétrécissement. Mais dans l'espèce, la nuance importe peu et l'opération n'en reste pas moins un exemple net des excellents résultats que peut donner l'extirpation du rectum prolabé.

Opération le 17 août 1887. Sutures enlevées le 8^e jour. Guérison.

(Segond. Société de chirurgie, 1889)

OBSERVATION IV (Résumée).

Prolapsus rectal irréductible. — Résection. — Récidive.

Femme de 44 ans, entrée à Lariboisière en octobre 1887 pour un prolapsus rectal de 11 centimètres, consécutif à des couches nombreuses ; irréductible, et contre lequel tous les moyens avaient été inutilement tentés. Extirpation faite le 8 octobre. Le prolapsus étant bien étalé, on applique, de chaque côté de la ligne médiane, en avant et en arrière, deux longues pinces qui permettent de sectionner le rectum en deux parties, sans hémorragies. Puis, section de chacune des deux moitiés au ras de l'orifice anal, suturant la muqueuse à la peau, au fur et à mesure de la section.

Résultat immédiat parfait : 14 mois après, nouveau prolapsus de 6 centimètres.

(Nélaton. Société de chirurgie, 1889).

OBSERVATION V (Résumée).

Prolapsus rectal irréductible. — 2 Résections. — Ruptures de la suture. -- Hernie de l'intestin par la déchirure. — Résection. Guérison.

Femme de 53 ans, ayant un prolapsus consécutif à des grossesses répétées, ce prolapsus, irréductible, mesurait 12 centimètres. 1^{re} opération faite par Périer (résection), le 15 juin 1888. Suites bonnes, mais, en juillet, à la suite d'un effort violent, une déchirure s'était faite en arrière de l'orifice anal, et, par cette déchirure, s'échappait une masse rougeâtre, informe, qui n'était autre chose que 25 centimètres du gros intestin pendant au dehors. C'était la portion voisine de la portion suturée, qui avait fait une si brusque irruption au dehors, que la portion fixée à l'anus s'était elle-même déchirée, en se coudant brusquement à 3 centimètres de l'orifice : et, par cette déchirure rectale, le doigt pénétrait dans la cavité péritonéale. M. Nélaton pratique la résection au ras de la déchirure, et suture la portion restant à l'orifice, « faisant un anus contre nature à l'anus ».

Résultat satisfaisant, à part un léger rétrécissement de l'orifice.

(Nélaton, Société de chirurgie, 1889)

OBSERVATION VI (Résumée)

Prolapsus muqueux partiellement irréductible — Etat de marasme. — Résection. — Guérison.

Homme de 37 ans, entre à l'hôpital de Londres en juin 1889 : il est atteint de prolapsus rectal. Maigre, faible, nerveux, il est atteint de diarrhées, et son prolapsus, d'abord réductible, est devenu partiellement irréductible : la défécation est extrêmement douloureuse et accompagnée de ténésme.

Opération le 19 juin. Pansement iodoformé. Sutures enlevées le 10^e jour. Guérison.

(Trèves. — In the Lancet. 1890).

OBSERVATION VII

Prolapsus irréductible. — Résection. — Guérison.

Marin de 36 ans, entre à l'hôpital de Londres en janvier 1889 : homme fort, vigoureux, n'ayant eu que des fièvres intermittentes et la dysenterie. Cette dernière affection provoque un prolapsus rectal qui peu à peu devient irréductible et s'accompagne d'incontinence fécale. L'anus, énorme ne retient ni matières, ni gaz.

Excision le 22 février. — Guérison rapide.

(Treves. — In loc. cit.)

OBSERVATION VIII (Résumée).

Prolapsus rectal irréductible. — Résection. — Guérison.

Femme de 43 ans, faible, mal portante, cicatrices strumeuses, atteinte depuis trente ans de prolapsus opéré il y a 8 ans, récidivé et opéré il y a 5 ans. Cette dernière opération a été suivie de récidive un mois après. Le prolapsus devient irréductible. Périnée saine. Excision en octobre 1889. sans toucher au sphincter. Guérison rapide.

(Trèves. — In loc. cit.)

OBSERVATION IX (Résumée)

Prolapsus rectal irréductible, du volume de deux poings.
Résection. — Guérison.

Homme de 44 ans, constipé, atteint à l'âge de 19 ans d'un prolapsus du rectum. Plusieurs fois par jour, il est pris d'un violent ténesme à la suite duquel son prolapsus sort en donnant lieu à un écoulement de sérosité sanguinolente ; la réduction est impossible. En 1885, traitement par des cautérisations. Inefficace. Le malade est maigre, anémié, son anus est élargi ; la muqueuse prolabée est épaisse, érodée ; autour de l'anüs on voit des cicatrices, traces de la première opération,

Résection le 3 mars 1888. Première selle le 11^e jour. Le malade sort le 16 mars. 10 mois après le résultat s'est maintenu, il n'y a pas de rétrécissement, le prolapsus n'a pas reparu.

(Mickulicz. In Arch. für klin. chir. Berlin 1888.)

OBSERVATION X (Résumée)

Prolapsus du rectum. — Résection. — Guérison.

M..., 21 ans, israélite, atteint de typhus en 1882 ; a eu dès son enfance un prolapsus rectal, mais son état s'aggrave en 1884. Douleurs, hémorragies, sphincter très relâché : la muqueuse, prolabée de 8 centimètres, est hypertrophiée par places, érodée en d'autres, et couverte de granulations.

Résection le 27 mai 1886. Guérison maintenue après 5 mois.

A deux centimètres au-dessus du sphincter, on sent, à gauche, la cicatrice, sous forme d'une bride transversale, mais le calibre est resté large et le doigt peut se mouvoir dans toutes les directions.

(Mickulicz. In loc. cit.)

OBSERVATION XI (Résumée)

Prolapsus du rectum irréductible. — Résection. —
Guérison.

P. S..., 18 ans, atteint, dans son enfance, de diarrhée

continue ayant entraîné un prolapsus. En 1883, la diarrhée se change en une constipation opiniâtre, le prolapsus apparaît à chaque selle et s'accompagne d'hémorragies. Le malade est maigre, pâle, anémié, porteur d'une pointe de hernie inguinale. L'anus est normal, le sphincter affaibli. Dès que le malade fait un effort, il sort un boudin de 14 centimètres de long, recouvert par une muqueuse rougeâtre, lâche, ulcérée par plaques. Opération le 24 mars 1885. Suites normales. Première selle le 11^e jour. 3 semaines après, le malade sort guéri.

A deux centimètres au-dessus de l'anus, on sentait avec le doigt, la cicatrice et un rétrécissement insignifiant.

(Mickulicz. In loc. cit.)

OBSERVATION XII (Résumée)

Prolapsus rectal irréductible de 11 centimètres de longueur
Résection. — Guérison.

M. S..., 5 ans, atteint de prolapsus devenu depuis peu irréductible. Diarrhée, anorexie, amaigrissement, ventre ballonné, douloureux. Prolapsus long de 11 centimètres, incurvé en avant et à droite, muqueuse ulcérée et oedémateuse se continuant sans sillon, avec la peau de l'orifice anal. Réduction impossible.

Résection immédiate le 28 janvier 1888 ; diarrhée, amélioration à partir du 15^e jour. Le malade sort guéri le 22 février. On sentait par le toucher rectal, à 2 centimètres au-dessus de l'anus, une cicatrice souple, en forme d'anneau, ayant amené un rétrécissement insignifiant.

Deux ans après, le résultat s'était maintenu ; le malade est mort depuis de typhoïde
(Mickulicz, In loc. cit.)

OBSERVATION XIII (Résumée)

Prolapsus long de 38 centimètres : formé par le côlon et la partie supérieure du rectum. — Résection de 76 centimètres d'intestin. — Guérison.

Femme de 53 ans : bonne santé habituelle ; constipée depuis peu ; atteinte subitement de prolapsus en 1883. La malade tombe dans le collapsus, abdomen douloureux. De l'anus sort une tumeur incurvée à gauche et en arrière, mesurant 38 centimètres de longueur sur 56 de circonférence. Son orifice admettait le petit doigt : par le toucher rectal, on sent à une hauteur de 10 à 15 centimètres le pli de réflexion de l'invagination ; les deux tiers inférieurs de l'intestin étaient froids, et la muqueuse parsemée d'ecchymoses. Réduction impossible.

Résection : Suites normale 10^e jour, première selle sans douleurs. Le 4 juillet, la malade sort en parfait état.

(Mickulicz in Wien. Méd. Press. 1883 et 1889.)

OBSERVATION XIV (résumé)

Prolapsus complet du Rectum constamment au dehors
Résection. — Guérison.

Femme de 56 ans : en 1881, rupture du périnée après son

premier accouchement ; cette rupture intéresse le rectum ; prolapsus utérin . Périnéorrhaphies successives sans résultats.

Depuis 7 ans, le prolapsus rectal existe, long de 10 centimètres, ne pouvant être maintenu réduit, il est accompagné d'incontinence des matières..

Opération en Mai 1888 : suites simples, première selle le 10^e jour, sortie le 18 Mai. L'examen pratiqué un mois après, fait constater un anneau circulaire laissant facilement passer le doigt et les selles. La malade retient parfaitement ses matières et l'intestin ne sort plus. 3 mois après le résultat est toujours excellent.

(Mickulicz in loc. cit,)

OBSERVATION XV (résumée)

Prolapsus rectal irréductible compliqué d'hédrocèle.
Résection. — Guérison.

Jeune fille de 22 ans souffrant depuis 1879 d'un prolapsus rectal compliqué d'hédrocèle et long de 8 centimètres. Deux tentatives infructueuses de cautérisation ; le prolapsus devient irréductible et on pratique, le 3 juillet 1885 la résection d'après le procédé de Mickulicz. Une anse d'intestin grêle occupait le cul de sac péritonéal et fut réduite.

Guérison maintenue plusieurs mois après.
(Nicoladoni : in Wiener, Méd. Presse 1885.)

OBSERVATION XVI (Résumée)

Prolapsus irréductible compliqué d'hédro-épiplocèle.
Résection. — Guérison.

Homme de 45 ans atteint de prolapsus depuis son enfance; son fils, âgé de 4 ans est atteint de la même affection le prolapsus atteint 20 centimètres, il est devenu irréductible et a le volume de la tête d'un enfant.

Résection le 24 novembre 1884. Après ouverture du péritoine, un peu d'épiploon se présente et est aussitôt réduit; l'opération est achevée en laissant un petit drain dans le cul-de-sac péritonéal, et un plus gros dans l'intestin remonte en haut jusqu'à 7 centimètres.

La plaie se comble peu à peu, et l'intestin se rapproche de l'anus. Le malade sort guéri au bout d'un mois.

(Billroth : in Mickulicz, loc. cit.)

OBSERVATION XVII (Résumée)

Prolapsus irréductible, recto-colique. Résection. — Mort.

Femme de 55 ans, complètement infirme à la suite d'une paralysie infantile, souffre de troubles gastro-intestinaux consistant en diarrhées précédées de constipations. A la suite d'une débâcle fécale, se produit un prolapsus

de 35 centimètres de long et de 40 de circonférence à sa base. La tumeur donne la sensation d'une crépitation gazeuse et de gargouillements, ce qui fait penser à un hédrocèle. On introduit facilement trois doigts dans l'anus : entre la tumeur et le sphincter, on sent une rigole circulaire qui semble se terminer par un cul-de-sac à quelques centimètres plus haut.

Etat général grave, facies grippé, nausées, vomissements. Tentatives infructueuses de taxis.

Réséction : on constate qu'il n'y a pas d'hédrocèle ; l'opération, très longue, dure 2 heures. La malade meurt dans la nuit qui suit l'opération.

Avant de faire la réséction (80 centimètres de rectum et de l'S Iliaque ont été enlevés), on avait eu l'intention de faire un anus iliaque, étant donné le mauvais état général de la malade.

(Auffret : in Progrès méd. Paris 1882).

OBSERVATION XVIII (Résumée)

Prolapsus rectal invaginé de 8 centimètres de long.

Amputation. — Guérison.

Malade atteint depuis l'enfance d'un volumineux prolapsus invaginé, de 8 à 10 centimètres de long, sur 6 de diamètre. Opération le 19 octobre 1898, à l'hôpital militaire du camp de Châlons. L'étendue du manchon muqueux abrasé, au moment de l'opération, mesurait 30 centimètres.

Cicatrisation complète au 11^e jour. Résection par première intention.

(Delorme : Bull. méd. Paris 1900).

OBSERVATION XIX (Résumée)

Prolapsus recto-colique invaginé. Opération. — Mort.

Malade atteint de prolapsus rectal total, volumineux, recto-colique invaginé, de la longueur de l'index. Ce prolapsus datait de 8 ans, il était compliqué d'incontinence d'urine.

Opération le 24 novembre 1898 ; résultat immédiat excellent ; mais le malade, nerveux et indocile, ne peut conserver le repos.

Sous l'influence d'envies fréquentes d'uriner et de déplacements, le cylindre invaginé remonta dans le rectum, infecta la région opérée, et par voie lymphatique, la grande cavité péritonéale.

L'opéré succomba le 6^e jour.

(Delorme : in loc. cit.)

OBSERVATION XX

Prolapsus ano-rectal invaginé. Opération. — Guérison.

Malade atteint depuis l'enfance d'un prolapsus ano-

rectal, total invaginé, de 8 centimètres de longueur. Opération le 18 juin 1899, et ablation de 28 centimètres de muqueuse intestinale. Cicatrisation par première intention en 12 jours. Guérison.

L'opéré de l'observation XVIII est revu 18 mois après, celui de l'observation XX est revu 13 mois après : la guérison est complète, cicatrices invisibles ; plis rayonnés rétablis, prolapsus disparu, rectum continent, dilatable, fermé par un sphincter résistant.

(Delorme : in loc. cit.)

OBSERVATION XXI

Prolapsus rectal total, souvent irréductible invaginé. — Opération. — Guérison.

Lab..., ex-soldat au 12^e d'artillerie, atteint de prolapsus rectal depuis l'âge de 15 ans ; ce prolapsus était souvent irréductible et gênait la marche. En 1889, une attaque de dysenterie augmente le mal ; le prolapsus devient douloureux, plus souvent irréductible ; pendant l'effort, la saillie qu'il forme a environ 8 centimètres.

Opération le 29 juillet 1900 ; excision de 20 centimètres de muqueuse. Cicatrisation complète, guérison.

En octobre 1900, toute trace de prolapsus, a disparu même pendant l'effort, les plis rayonnés de l'an us ont reparu ; le sphincter se laisse dilater sans douleur par les bols fécaux les plus volumineux.

Non seulement les selles consistantes sont retenues, mais les selles liquides et les gaz le sont également, le sphincter a repris sa tonicité et sa contractilité.

(Delorme : Bull. et mém. Acad. de Méd. Paris 1900).

OBSERVATION XXII

Prolapsus rectal parfois irréductible. — Excision. — Mort.

Homme de 65 ans, atteint depuis 1898 d'un prolapsus rectal long de 12 centimètres et souvent irréductible. La muqueuse rectale présente deux ulcérations longues de 6 à 8 centimètres et larges de 4 à 5, à bords et fond hypertrophiés et indurés. Au fond de l'une d'elles on voit les fibres musculaires ; il n'y a point d'hédocèle. Le malade est affaibli, et des hémorragies abondantes obligent à hâter l'intervention. On a recours au procédé par résection de la muqueuse selon le procédé de M. Delorme : opération le 14 juin 1900.

Opération facile. Seule, la dissection de la muqueuse est longue à cause d'une hémorragie abondante dans la zone hémorroïdaire, qui remonte à une hauteur de 6 à 8 centimètres. Résection d'un cylindre muqueux de 18 centimètres. Les sphincters qui n'ont pas été dilatés sont très hypertrophiés ; l'anneau sphinctérien est rétréci par trois points de suture ; on fixe la muqueuse à la peau, par des points profonds comprenant la peau et les parties molles, et par des points superficiels unissant circulairement la section muqueuse à la section cutanée. Deux drains sont placés, en raison de l'infection de la plaie par les ulcérations de la muqueuse. Le cul-de-sac péritonéal, vu et refoulé, n'a pas été ouvert.

Résultat immédiat excellent ; mais, au bout de 48 h, la température est à 38°, le pouls à 120 : ventre ballonné,

malgré cela, l'état de la plaie est bon. Le malade est légèrement purgé, les drains sont enlevés ; le ventre reste ballonné, la température élevée, monte à 39° dans la nuit du 7^e jour, et le malade succombe.

Autopsie. — Pas de péritonite, sous le péritoine pariétal, on trouve les ganglions iliaques ramollis et baignant dans le pus ; de même dans le mésentère de l'anse colique.

Toutes les sutures faites au catgut n'avaient pas tenu, et le cylindre muqueux était remonté à 10 centimètres de l'anus.

(Poirier, Bull. et mém. Acad. méd. Paris, 1900).

OBSERVATION XXIII (Résumée)

Prolapsus irréductible du Rectum. — Résection. —
Guérison.

Petite fille de cinq ans, atteinte de prolapsus irréductible du rectum : la portion d'intestin prolabée est gangrénée, on y remarque de légères perforations.

Résection selon le procédé de Mickulicz, sutures de l'intestin à la peau. Guérison maintenue parfaite après six mois.

(J. Reboul de Nîmes, Gaz. de Méd. et chirurg. Paris, 1897).

OBSERVATION XXIV (Résumée)

Prolapsus irréductible et douloureux du rectum. — Résection et périnéorraphie postérieure. — Guérison.

Malade atteinte d'un prolapsus rectal volumineux, très douloureux et souvent irréductible. Résection large de la partie procidente ; suture du bout supérieur à l'anus.

On fait suivre la résection d'une périnéorraphie postérieure par ablation d'un triangle à sommet coccygien, de la région ano-rectale inférieure.

Résultat bon, se maintient,

(Schwartz. Bull. acad. méd. Paris, 1896).

OBSERVATION XXV

Prolapsus irréductible du Rectum traité par l'opération de Mickulicz. — Guérison.

Malade de 46 ans chez lequel une blennorrhagie antérieure, suivie de rétrécissement, paraît avoir joué un rôle actif dans la genèse du prolapsus à cause des efforts de miction. En 1896, petite tumeur à l'anus ; celle-ci, atteint après quelques mois le volume du poing et M. Jaboulay pratique la colopexie. Résultat excellent au début, puis, de nouveau, sous l'influence des efforts de miction, recons-

titution progressive d'une masse extérieure qui atteint le volume de deux poings. Le prolapsus est total, on peut constater la présence de l'intestin grêle dans la paroi antérieure du prolapsus.

Après traitement du rétrécissement uréthral, M. Vallas fait, au ras de l'anus une section demi-circulaire des trois tuniques, ouvre le cul-de-sac péritonéal, réduit l'intestin, assure l'hémostase, et ferme le péritoine par des points séro-séreux. L'opération est terminée par la section de la demi-circonférence postérieure maintenue par deux pinces hémostatiques.

L'hémostase est plus longue à pratiquer qu'en avant, à cause de la présence du méso-rectum. On termine par les sutures; le fragment enlevé mesure 10 centimètres.

Le malade sort après 15 jours, guéri et satisfait de son état, il est allé plusieurs fois à la selle sans aucune tendance à la chute du rectum.

(Jourdanet et Vallas : Soc. des sciences méd., Lyon, 1898).

OBSERVATION XXVI

Prolapsus rectal irréductible. — Résection. — Mort

Jardinier de 56 ans, opéré autrefois par Lélévant pour un abcès de la fosse ischio-rectale; ce phlegmon a laissé des cicatrices larges et multiples, et a dû entraîner la fonte de tout le tissu cellulaire de la région. Anus large, infundibuliforme, prolapsus de 26 centimètres de hauteur, ne se maintenant pas réduit.

Le 2 février 1898, amputation de la partie prolabée : tout va bien, et le malade pouvait être considéré comme guéri, lorsque le 20 février, deux jours après une débâcle diarrhéique, il est atteint d'une péritonite aiguë qu'une laparatomie est impuissante à enrayer.

(Jourdanet et Vallas : in loc. cit.).

OBSERVATION XXVII

Prélapsus complet du rectum ne se maintenant pas réduit : Résection. — Récidive. — Recto-coccypexie : récidive. — Colopexie avec recto-périnéorraphie postérieure. — Guérison.

Homme de 45 ans, charretier, entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes le 3 octobre 1892, atteint d'un prolapsus du rectum consécutif à une fistule anale opérée et non guérie. D'abord réductible, le prolapsus devient permanent et gênant : une première opération est faite sur l'anus en 1891 ; l'amélioration obtenue est éphémère. Le 2 octobre 1892, cet homme présente du côté de l'anus une tumeur rouge, grosse comme une orange, congestionnée, violacée par endroits, et mesurant 7 à 8 centimètres de hauteur. Sa surface est sillonnée de plis circulaires concentriques, et au sommet, dirigé en bas et en arrière, se trouve un orifice par lequel on peut introduire le doigt dans le rectum. A la base, il y a un sillon au fond duquel la muqueuse se continue avec la peau de l'anus. Le prolapsus s'accompagne d'une incontinence absolue des matières et des gaz.

1^{re} opération : Résection du rectum le 25 novembre 1892 ; la réunion de la suture intestinale circulaire se fit sans aucun accident ; l'anus fut considérablement rétréci, gardant une certaine élasticité, mais sans contraction du sphincter. 3 mois après, se montre une légère saillie à la partie postérieure de l'anus, cette saillie augmente et le prolapsus reparait aussi volumineux qu'auparavant.

2^e opération : Recto-coccypexie le 8 septembre 1893. Réunion par première intention. Le prolapsus se reproduit 15 jours après.

3^e opération : 1^o colopexie simple le 4 octobre 1893, pansement iodoformé.

2^o : recto-périnéorrhaphie postérieure : pansement.

Suites : régime lacté et extrait thébaïque 0,15 centigr., le 4^e jour un abcès se forme à la partie postérieure de la suture anale. Le 7^e jour, une garde-robe détruit complètement la suture ; malgré celà, l'anus a notablement diminué de dimensions. 14 jours après l'opération, le malade va régulièrement à la selle sans ressentir de douleurs, et sans que la muqueuse rectale ait la moindre tendance à faire saillie à l'extérieur.

(Boiffin : Archives provinc. de Chirurg. Paris 1893).

OBSERVATION XXVIII (résumée)

Etranglement du rectum renversé. — Opération. —
Guérison

Enfant de 5 ans atteint d'une affection vésicale calculieuse ; renversement et invagination du rectum qui se

changent en prolapsus complet et irréductible. Le rectum tout entier et la partie contigüe du côlon sont hors de l'anus et forment une longue masse cylindrique étranglée au niveau du sphincter, et en voie de sphacèle.

La compression n'amène aucune amélioration.

Incision à la partie postérieure de l'anus, sur la ligne médiane, d'avant en arrière ; la section comprend la peau et le sphincter externe dans toute son épaisseur, puis on sectionne le sphincter interne.

Cette opération est suivie d'une opération de la taille à cause de l'affection calculuse de l'enfant, cause première du prolapsus. Guérison.

(Coste. — In *Mémor. de l'hôpit. du Midi*. Paris, 1830.

OBSERVATION XXIX

Ablation d'une portion du rectum procidente depuis plusieurs mois sans réduction possible, par la ligature et l'excision consécutives.

M^{lle} M. . . , 66 ans, atteinte depuis longtemps d'hémorrhoïdes douloureuses. Chûte sur le siège en descendant un escalier ; un mois après, sur la région fessière gauche, tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus, fluctuante ; c'est une collection séro-sanguine sous-aponévrotique : ponction, suivie d'injection iodée. La tumeur se reproduit, on fait deux nouvelles ponctions suivies d'injections iodées. Incision : poche bilobée, un lobe est sous-aponévrotique, l'autre est sous-musculaire. Drainage.

La malade est atteinte en outre d'un prolapsus rectal d'abord facilement réductible, qui, peu à peu, est devenu irréductible : hémorrhoides externes engorgées, rectum demi-étranglé, propulsé au dehors. Sur la ligne médiane postérieure de l'anus, tumeur hémorrhoidale externe de la grosseur d'une noix, séparée par un léger sillon, à droite, d'une autre tumeur semblable. A gauche, 3^e tumeur séparée par un sillon de la tumeur centrale : ces 3 tumeurs forment un fer à cheval dont la courbure centrale est au coccyx, et forment une demi-couronne de tissus infiltrés, renversés en dehors. De l'ouverture de ce fer à cheval, dans la partie inférieure, s'échappe une tumeur qui vient s'étaler entre les 3 tumeurs externes en les comprimant fortement. Cette surface muqueuse, bourgeonnante, framboisée, sanguinolente, est une portion du rectum renversé et propulsée au dehors, elle ne présente aucun vestige d'orifice anal. Tissu dur, libre d'adhérences ; le bourrelet intestinal est en partie étranglé à la sortie de l'orifice anal, dans toute son étendue transversale, et bridé latéralement par les tumeurs externes.

Opération ; ligature suivie d'excision. Guérison.

(Abeille.— In *Courr. Méd. Paris*, 1873).

OBSERVATION XXX

Prolapsus complet et irréductible du rectum. Tentative infructueuse de réduction par la voie abdominale (dévidement de Jeannel). Extirpation au bistouri. — Guérison.

B..., homme de 44 ans, est atteint depuis 1896 d'un

prolapsus réductible et indolent du rectum, dont l'importance augmente de plus en plus, il a en outre une constipation opiniâtre.

En août 1893, après une défécation, le prolapsus devient irréductible, le malade entre à l'hôpital 3 semaines après, il est pâle, amaigri, sans fièvre, la marche est impossible. Le prolapsus forme une tumeur volumineuse, mesurant 35 centimètres de circonférence et 14 centimètres de longueur. La tumeur a la forme d'un cône tronqué, un peu incurvé en arrière : elle présente une forme annelée dans le voisinage de l'anūs : elle est régulièrement lisse dans le reste de son étendue.

Au niveau de l'anūs, la muqueuse, ulcérée par places, se continue directement avec la peau ; il n'y a ni gargouillement, ni sonorité qui indiquât l'existence d'une hédrocèle ; la réduction par manœuvres externes est impossible.

On essaie d'abord la réduction par la voie intra-abdominale, espérant faire une colopexie ; le malade est placé dans la position de Trendelenburg ; une laparatomie latérale gauche permet d'aborder de suite le cōlon descendant, mais le dévidement de l'intestin prolapsé est impossible ; on referme la plaie abdominale et on procède à l'extirpation du prolapsus par le procédé de Mickulicz.

L'incision horizontale de la moitié antérieure du cylindre externe conduit, à travers les tuniques intestinales extrêmement épaissies, jusqu'au diverticule péritonéal que l'on incise ; on s'assure qu'il n'y a pas d'hédrocèle, et on suture la séreuse du cylindre externe à la séreuse du cylindre interne : on ferme, de suite, entièrement, la cavité péritonéale.

Puis, section de la moitié postérieure du prolapsus ; on

enlève de la sorte 25 centimètres d'intestin. Le méso-rectum est épais, graisseux, il renferme des vaisseaux artériels et veineux considérables, aussi, laisse-t-on deux pincées à demeure.

Puis, sutures de la muqueuse du cylindre interne, sauf à l'endroit des pincées qui séparent les moitiés postérieures des deux cylindres.

Le tout est facilement réduit au-dessus du sphincter anal qui paraît être suffisant.

Pansement iodoformé.

Suites opératoires simples : le malade engraisse de 6 kilogrammes en 10 semaines, cessation de la diarrhée, de l'incontinence des matières, et le sphincter de l'anus a retrouvé sa contractilité.

Après 7 mois le résultat est encore parfait.

(Carlier : Société de Médecine du Nord 1899 ; Hartmann : Bull. et mém. Soc. de chir. Paris 1900).

OBSERVATION XXXI (Personnelle)

Prolapsus grave du rectum. — Irréductible avec pseudo-étranglement. — Traitement par le procédé de Mickulicz. — Guérison.

Ca... Eugène, ouvrier typographe, entre le 17 décembre 1900 à l'hôpital Tenon, salle Montyon, dans le service de M. le Professeur agrégé Lejars. Cet homme, âgé de 55 ans est d'aspect vigoureux et bien constitué, il est atteint d'un prolapsus rectal survenu dans les conditions suivantes.

En 1888, sans cause apparente, sans constipation préa-

lable, sans diarrhée prémonitoire, survient au moment d'une selle une hémorragie considérable à la suite de laquelle le rectum fait issue hors de l'anus, mais rentre facilement dans le bassin par le taxis, et reste réduit. Un médecin consulté institue le traitement suivant :

1° Lavements froids ;

2° Benzo-naphtol ; salicylate de Bismuth : à 0 gram.
50 pour un cachet n° 40 ; 3 cachets par repas ;

3° Laudanum de Sydenham, 10 gram.

20 à 25 gouttes par jour, par 5 gouttes à la fois.

Malgré le traitement, le rectum est toujours un peu prolapsé, mais le prolapsus qui s'accroît par l'effort et la défécation est toujours facilement réduit.

Il y a un an, consécutivement à une chute sur le ventre, survient, au moment d'une selle, une nouvelle hémorragie, peu abondante suivie d'un volumineux prolapsus rectal réduit le jour même.

Le 17 décembre 1900, subitement, pendant une garde-robe, hémorragie et issue du rectum hors de l'anus, mais cette fois, sans réduction possible. Le 18 décembre, le malade, entré de la veille à l'hôpital, est examiné. On constate, émergeant à la partie postéro-supérieure du pli inter-fessier, une grosse masse, molle, rougeâtre, ovalaire à grand axe vertical, et s'étendant largement sur les parties latérales de la région fessière. Cette masse, qui a l'aspect d'un bourgeon muqueux, présente, à son centre, un repli linéaire dont la direction correspond au grand diamètre de l'ovale, cette fente représente l'orifice du rectum.

On peut facilement glisser la main en arrière du prolapsus, et l'on arrive sur le sphincter anal modérément tendu ; la percussion de la partie antérieure de la tumeur ne révèle pas la présence d'hédocèle.

On fait à plusieurs reprises de vaines tentatives pour réduire le rectum ainsi hernié ; ces manœuvres ne causent au malade aucune douleur bien appréciable. On recouvre alors de compresses humides aseptiques, le prolapsus qui laisse suinter un liquide glaireux, et qui, par places, est légèrement en voie de sphacèle.

Le 19 décembre, anesthésie à l'éther et nouvelles tentatives de réduction par le taxis ; cet essai de réduction manuelle ayant été infructueux, on résèque alors la masse prolabée, par le procédé de Mickulicz.

Le malade étant mis dans la position de la taille, on incise la face antérieure du prolapsus. Ouverture du cul-de-sac péritonéal dans lequel on ne trouve pas d'intestin. Suture des deux séreuses par des points en U.

Dissection du cylindre interne et réunion des deux paires ; on continue la section tout autour en réunissant au fur et à mesure muqueuse à muqueuse.

En arrière, règne une masse graisseuse considérable au niveau du méso-rectum. Une fois la suture achevée, on réduit le moignon. Un drain est laissé dans le rectum.

Suites de l'opération : pendant quelques jours l'état du malade est excellent ; il ne présente autre chose qu'une incontinence de matières fécales liquides ; une rétention d'urine absolue. Deux fois par jour, au moyen d'une sonde en gomme molle et aseptique, on pratique un cathétérisme de l'urèthre ; la sonde pénètre facilement, et il sort chaque fois, environ 700 grammes d'une urine rougeâtre, louche, mais ne renfermant ni sucre ni albumine. La température, normale, oscille autour de 37°, et le soir, on donne 0,10 centigrammes d'extrait thébaïque avec en plus la potion suivante :

Teinture de cannelle, 4 grammes ;

Sous-nitrate de bismuth, 6 grammes ;

Laudanum de Sydenham, 15 gouttes ;

Julep gommeux, q. s. pour 120 grammes.

Le 6 janvier 1901, dans la nuit, le malade est pris d'une hémorragie rectale abondante ; on lui fait une entéroclyse avec 2 litres d'eau bouillie ; le liquide ressort fortement teinté de sang ; les lavages rectaux sont suivis d'un tamponnement aseptique de la région anale. L'extrait thébaïque est supprimé, mais la potion est continuée.

Le 9 janvier, nouvelle hémorragie que l'on traite comme précédemment par entéroclyse et tamponnement. La température est normale, mais le malade est affaibli, son teint est pâle, les muqueuses sont decolorées ; le pouls est plein, régulier, et donne 38 pulsations à la minute ; l'appétit est conservé, les nuits sont calmes, quoique sans sommeil ; la région opérée n'est pas douloureuse.

Le malade perd continuellement et sans en avoir conscience, des matières fécales semi-liquides, noires, d'odeur fétide ; la rétention d'urine persiste. Cependant l'état général s'améliore peu à peu ; les hémorragies ont complètement cessé, on ne fait plus de grands lavages intestinaux ; les nuits ne sont plus sans sommeil.

A partir du 11 janvier, les selles sont moins molles, et moins abondantes ; quoique toujours involontaires, elles sont maintenant accompagnées par une sensation nette de défécation, et légèrement teintées de pus.

Pendant la nuit du 11 au 12 janvier, le malade, qui, jusqu'alors avait une rétention d'urine absolue, éprouve subitement une violente envie d'uriner, et sa miction, non douloureuse donne environ 600 grammes d'une urine rougeâtre, trouble, qui ne renferme ni sucre ni albumine. Dès lors, l'émission de l'urine redevient normale, mais,

chaque fois qu'elle se produit, elle est impérieuse et subite.

Le 16 janvier, malgré un excellent état général ; bien que la potion au bismuth soit toujours régulièrement donnée, les selles jusqu'alors de consistance demi-solide, deviennent abondantes, molles et diarrhéiques, accompagnées de coliques et de mictions douloureuses. Par le palper abdominal, on se rend compte que le ventre est légèrement tendu, on sent des gargouillements dans les fosses iliaques.

L'examen des urines est négatif au point de vue du sucre et de l'albumine. Cet état dure quelques jours sans que l'état général s'en ressente, la température reste voisine de 37° ; il n'y a point d'insomnies, ni de douleurs au niveau de la région opérée.

Cependant, les mictions deviennent moins fréquentes, moins douloureuses, la diarrhée s'amende peu à peu ; les selles prennent à nouveau un aspect consistant ; et, bien que l'incontinence fécale persiste, le malade sent ses garde-robes se produire ; ses pansements sont beaucoup moins souillés.

Le 29 janvier, après quelques jours de repos, survient une nouvelle débâcle intestinale, mais chaque fois que se produit la défécation, elle est perçue par le malade. Le contact des matières et du pus provoque un érythème léger de la région fessière : cette éruption est douloureuse et accompagnée de lésions de grattage.

A partir du 1^{er} février, cet état diarrhéique cesse, tout rentre dans l'ordre ; le malade se lève dans la journée, il a excellent appétit et reprend rapidement ses forces et son embonpoint. Les selles sont dures ; on cesse alors la potion au bismuth et l'amélioration continue ; les matières fécales perdent peu à peu leur coloration noire pour re-

prendre une teinte normale ; l'incontinence fécale est presque nulle.

Le 11 février sur sa demande, le malade quitte le service en excellent état.

Le 5 juin, c'est-à-dire 6 mois après l'opération, nous allons revoir notre malade et nous le trouvons absolument satisfait de son état. Les selles sont normales comme consistance et comme fréquence, elles ne sont pas douloureuses et jamais il n'y a eu de tendances à une reproduction du prolapsus : à volonté, le malade peut retenir ou rendre ses gaz et aller à la garde-robe ; son état général est très bon, et il a l'intention de recommencer son travail.

La région anale a un aspect normal, l'orifice de l'anus paraît, à la vue suffisamment resserré.

Par le toucher rectal, on constate à 6 centimètres environ de l'orifice anal, l'existence d'une cicatrice un peu dure, sans aspérités, ayant amené un léger rétrécissement à ce niveau. Le doigt pénètre dans l'anus sans provoquer de douleurs, il semble, au moment de l'introduction que l'on perçoit une légère défense du sphinter.

En somme, on peut affirmer que l'amputation du rectum a chez ce malade été suivie d'excellents résultats, l'opéré du reste, se félicite à la fois de l'opération et de sa guérison qui semble complète et définitive.

OBSERVATION XXXII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Lejars).

Prolapsus du rectum irréductible et sphacélé. Traitement par le procédé de Mickulicz.

Ga... Lucie, femme de 28 ans, domestique, entre le 6

juin 1897, à l'hôpital Beaujon, salle Huguier ; elle est affligée d'un prolapsus du rectum.

D'après le dire de la malade, depuis son enfance jusqu'à l'âge de 15 ans, à chaque effort de défécation se produisait une issue du rectum hors de l'anus, mais, l'effort accompli, tout rentrait dans l'ordre, et le rectum reprenait sa place dans le bassin sans qu'un taxis fût nécessaire pour le réduire.

De 15 ans à 23 ans, cet état pathologique cessa d'une façon absolue, mais, le 3 juin 1897, à la suite d'une diarrhée abondante accompagnée de coliques très douloureuses avec ténésme anal et vomissements verdâtres répétés, le rectum se prolabe au moment d'un violent effort de défécation ; toute réduction est impossible.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade, très affaiblie, est dans un état d'agitation extrême, elle est couverte d'une sueur abondante, son pouls est rapide, sa respiration haletante, précipitée, dyspnéique ; les vomissements persistent verdâtres et fréquents ; la région anale est extrêmement douloureuse, et la douleur arrache des cris à la malade.

A l'examen, on trouve un prolapsus complet et typique du rectum ; ce prolapsus est à deux cylindres, il est complètement irréductible et étranglé à sa base par le sphincter de l'anus. La surface de la portion prolabée est de coloration brunâtre, marbrée de plaques verdâtres, sanieuses, exhalant une odeur fétide et repoussante. Le sphacèle est superficiel ; un sillon d'élimination commence à se former.

Le 8 juin on procède sous l'anesthésie par l'éther, à la résection de la partie prolabée, par le procédé de Mickulicz, l'opération est faite par M. le Professeur agrégé Lejars.

Opération : on sectionne d'abord le boudin sur la ligne médiane, en avant et en arrière, jusqu'à la base, on le divise de la sorte en deux valves latérales.

En avant, le cul-de-sac péritonéal est ouvert ; il s'en écoule une cuillerée de liquide noirâtre et fétide, et la séreuse apparaît verdâtre et dépolie sur une hauteur de deux à trois centimètres.

On excise les deux feuillets au niveau de cette zone suspecte, et au dessus on les réunit l'un à l'autre par un surjet de catgut. Chacune des valves est sectionnée d'avant en arrière, à petits coups, et les deux cylindres sont suturés l'un à l'autre, à mesure qu'ils sont divisés, par des points profonds et des points superficiels, muco-muqueux.

Finalement la ligne circulaire de réunion fut complétée, et le moignon réduit ; une petite lamelle fut laissée dans le canal anal.

La réunion eût lieu rapidement et sans accident, la malade quitte l'hôpital le 26 juin.

Résultats : En juin 1901 nous nous rendons à l'adresse indiquée par la malade sur sa fiche d'hôpital, mais, là, elle est totalement inconnue, on ne peut nous donner aucun renseignement au sujet de son état actuel ou de son domicile.

CONCLUSIONS

Le prolapsus du rectum irréductible ou étranglé est une affection très grave, mais relativement peu fréquente. Ses formes sont aiguës ou chroniques et ses causes viennent soit des ligaments suspenseurs du rectum, soit de l'orifice anal lui-même, paralysé ou atrophié. Le prolapsus rectal devient encore irréductible quand il s'accompagne de tumeurs abdominales, d'hémorroïdes volumineuses, d'affections urinaires. La contraction du sphincter entraîne l'étranglement du prolapsus qui, alors, se sphacèle, se désagrège, se gangrène ; puis, surviennent des complications graves et souvent mortelles. Le méso-rectum, venant s'enclaver, former coin en arrière du prolapsus, paraît être la cause principale de l'irréductibilité du rectum prolabé.

Hémorragies, ulcérations, diarrhée ou rétention fécale, hémorroïdes, œdème du rectum, péritonite, infection purulente, gangrène, sphacèle, cancer, telles sont les complications ordinaires de cette affection.

Le prolapsus rectal irréductible ou étranglé est souvent l'indication d'une opération d'urgence, et malgré tous les reproches qu'on a pu lui adresser, l'amputation de la portion prolabée semble être l'opération de choix, l'opération la plus facile, la plus prompte, et la meilleure au point de vue des résultats ultérieurs. Elle offre l'avantage de supprimer totalement la tumeur procidente dont la réduction est en général impossible, et serait souvent dangereuse si

toutefois elle pouvait s'accomplir, étant donné l'état plus ou moins précaire de la muqueuse intestinale.

Les hémorragies ne sont pas à craindre, car il est aisé de faire au fur et à mesure des sections, une hémostase absolue.

Avec une antiseptie rigoureuse, on évite au patient toute infection post-opératoire.

Par contre, comme toutes les amputations circulaires, l'opération de Mickulicz prédispose aux rétrécissements parfois assez importants, mais que l'on peut dilater aisément en temps opportun.

Le procédé de M. Delorme, pour ne pas donner de meilleurs résultats que le précédent semble beaucoup plus compliqué, et d'une exécution plus délicate et plus difficile; aussi, nous croyons que l'extirpation pure et simple s'impose avant tout, principalement comme opération d'urgence.

Et la nécessité d'une intervention sera reconnue, lorsque, à côté des phénomènes graves qui accompagnent ordinairement le prolapsus rectal irréductible ou étranglé, on aura constaté l'irréductibilité par l'inefficacité de la réduction bi-manuelle avec ou sans anesthésie.

Vu : Le Président de la Thèse,
BRISSAUD.

Vu : Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ABEILLE. — Ablation d'une portion du rectum procidente depuis plusieurs mois, sans réduction possible, par la ligature et l'excision consécutives. *Courrier Méd*, Paris, 1873, XXIII, 26, 29.
- ASHHURST. — Complete prolapse of the rectum (acute). *Univ. M. Mag. Phila*, 1890, n. s. III, 33.
- AZÉMA. — Essai sur le traitement du prolapsus du Rectum. Bordeaux, 1881.
- BOUTIÉ. — De la chute du Rectum et de son traitement. Paris, 1873.
- A. BROCA. — Le traitement du prolapsus rectal par la colopexie. *Gaz. hebdom. de méd.*, Paris, 1889, 2, s. XXVI, 706, 708.
- BOIFFIN. — Sur un cas de prolapsus complet du Rectum. Colopexie simple. *Arch. prov. de chir.*, Paris, 1893, II, 702, 741.
- CHASSAIGNAC. — Nouvelle méthode pour le traitement de la chute du Rectum. *Revue Méd. chir. de Paris*, 1855, XVIII, 139, 207.
- CLARK. — A new and almost bloodless operation for prolapse of the rectum. *Tr. M. Soc. N.-Y.* Albany, 1894, 312, 316

- COSTE. — Etranglement du Rectum renversé. Mémor. d. hôpit. du Midi, Paris, 1830, II, 660, 670.
- E. DELENS. — Note sur un mode particulier du traitement du prolapsus invétéré du rectum chez l'adulte. J. de thérap., Paris, 1876, III, 121, 125.
- DELORME. — Sur le traitement des grands prolapsus rectaux ou ano-rectaux par l'excision de la muqueuse rectale ou recto-colique. Bull. méd., Paris, 1900, XIV, 425, 429; Bull. et mém. Soc. de chir., Paris, 1900, XXVI, 499, 518; Bull. Acad. de méd., Paris, 1900, XLIII, 526, 539.
- H. DURET. — Sur la pathogénie et le traitement des prolapsus rectaux. Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris, 1900, XXVI, 470, 473.
- DURET et VALLIN. — Etude anatomique d'un prolapsus du rectum.
- EITEL. — Excision of the rectum for prolapsus caused by traumatisme.
— Internat. J. surg. N. Y. 1900: XII, 50-51,
— Northwest. Lancet, St-Paul, 1898. XVIII, 480.
- FOWLER. — Prolapse procidencia and invagination of the rectum. Méd. News. N. Y. 1897. LXX, 264-270.
- FIASCHI. — Notes on two cases of extreme prolapsus of the rectum. Australas Gaz. Sydney. 1898. XVII, 474-270.
- GAUTHIER. — Indications opératoires et traitement des prolapsus du rectum.
— Gaz. des hôp. de Paris 1897. LXIV, 481-477.
- GERARD-MARCHANT. — Prolapsus total du rectum traité et guéri par le procédé de M. Verneuil modifié.
— Bull. et mém. soc. de chir. de Paris 1890. N. S. XVI. 828-835.
— Le prolapsus du rectum.

- Presse méd. Paris 1900. I. 190-191.
- GLANTZER. — Zur operativers Behandlung des Mastdarmvorfalles, mit Veröffentlichung von 5 Fällen.
— Greifswald, 1880. J. Abel, 33 p. 8.
- GROSS. — Traitement chirurgical du prolapsus grave du rectum, semaine méd. Paris 1890. X, 49.
- JUILLARD. — Prolapsus du rectum avec invagination de l'S Iliaque.
— Revue méd. de la Suisse Rom. Genève 1892. XII 732-249.
- JEANNEL. — Résultat d'une opération de colopexie pour prolapsus invaginé du rectum.
— Gaz. hebdom. de méd. Paris 1890. 2 S. XXVII. 246-249.
Du prolapsus du rectum.
— Clin. de la fac. de méd. de Toulouse, 1896. II. 101-121.
- JOURDANET. — Prolapsus irréductible du rectum traité par l'opération de Mickulicz.
— Société des sciences médicales de Lyon, 2 février 1898.
- HAMILTON. — Immense anal prolapsus, new opération, cure. Ohio. M. S. J. Columbus, 1859, 60, XII. 191-194.
- HEYFELDER. — Beseitigung ung Aftervorfalles durch Ausschneidung mehrerer Mastdarmschleimhaut Partien. Deutsche klinik. Berl, 1853, V, 531.
- KADE. — Operation eines voluminösen Mastdarmvorfalles bei einer verheiratheten kinderlosen Frau von Jahren. Tod nach 66 stunden. St-Petersb. med. Ztsch. 1866, X, 230-245.
- KAMMERER. — Prolapse of the rectum. Ann. surg. Phila. 1897, XXI. 45.
- KRAJEWSKI. — Sur le traitement chirurgical du prolapsus rectal. Erzegl. chir, Warszawa 1900, IV, 539-586.

- MIKHAILOFF. — Prolapse of the rectum with subsequent purulent peritonis. *Khirurgia. Mosk.* 1897, I, 315-317.
- MICKULICZ. — 17^e congrès de la société allemande de chirurgie, avril 1888. *Centrablatt Leipzig zur operativen Behandlung der prolapsus recti et coli invaginiti.* *Arch. f. klin. chir. Berl.* XXXIX, 1889 p. 74.
- MONROE. — Prolapsus of the anus and rectum. *Cincinnati. Lancet, clinic.* 1900, n. s. XLIV, 213-215.
- NÉLATON. — Sur le prolapsus du rectum. *Bull. et mém. soc. de chir. de Paris*, 1896, n. s. XXII, 684.
- POTOZKI. — Operative treatment of prolapsus recti et coli invaginiti. *Bolnitsch. gaz. Bolkuia. St-Petersb.* 1890, I, 741-745.
- PAQUET. — Traitement du prolapsus du rectum. *Ann. de chir. et d'orthop. de Paris*, 1898, XI, 206-208.
- PAUCHET. — Traitement du prolapsus du rectum. *Gaz. méd. de Picardie. Amiens* 1898, XVI, 193-203.
- Sur le prolapsus du rectum (rapport par M. Gérard-Marchant). (Discussion). *Bull. et mém. soc. de chir. Paris* 1900, XXVI, 427-447.
- ROBERTS. — Note on a method, probably new, of operating for complete prolapse of the rectum. *Ann. surg. Saint-Louis* 1890, XI, 255-258.
- RHEM. — Ueber die häufigsten des Mastdarmvorfalles im kindersalter. *Aerzt. Prax. Würzb.* 1898, XI, 3. *Aerzt. centr. Anz. Wien.* 1899, XI, 65.
- SOREL. — Prolapsus du rectum. Déchirure ancienne du périnée. Rectocèle. Colpopérinéorrhaphie. Périnéorrhaphie ano-coccygienne avec rectopexie. Guérison. *Revue méd. de Normandie. Rouen*, 1900, 1, 309, 312.
- SOGLIANO. — Nuovo processo operativo pel cronico, irre-

- ducibile prolasso, dell' intestino retto. *Ressoc. Accad. méd. chir. di Napoli*, 1877, XXXI, 118, 167.
- SCHWARTZ. — Traitement combiné pour la cure des chûtes volumineuses du rectum. *Cong. franç. de chir. Proc. verb.* 1889, Paris 1890, IV, 573, 576.
- TREVES. — Traitement des prolapsus du rectum par l'excision. *Lancet*, février 1890.
- VERNEUIL. — Sur un mém. de M. le Dr Jeannel (de Toulouse) relatif à la colopexie, nouvelle opération pour la cure des formes graves du prolapsus rectal. (Rapport) *Bull. Acad. de Méd. Paris*, 1889, 2 s. XXII, 309, 327.
- VERNCIS. — Observation de chute avec versement du rectum, dégénérescence cancéreuse. Opération. Mort 5 jours après. Autopsie. *J. Univ. et hebdom. de Méd. et Chir. pratiq.* Paris 1833, XI, 529, 538.
- VOLKMANN. — Ueber die Behandlung des « Prolapsus ani invaginatus ». *Berlin Klin. Wehnschr.* 1889, XXXVI, 994, 996.
- VALLAS. — Deux cas de prolapsus graves du rectum traités par l'amputation. *Lyon Médic.* 1898. LXXXVIII, 615, 617.
- Discussion sur le processus du rectum. *Bull. et mém. Soc. de Chir.* 8 ar. 1889. n. s. XV, 754, 762.
- REBOUL. — Prolapsus irréductible du rectum. Résection. *Gaz. hebdom. de Méd. et chir. Paris*, octobre 1897.
- CARLIER. — Prolapsus irréductible du rectum traité par l'opération de Mickulicz. Guérison. *Société de Médecine du Nord*, décembre 1899.
- LEJARS. — *Chirurgie d'urgence*, 3^e édition. 1901, Paris. Du prolapsus rectal irréductible ou étranglé.
-

Thèses de Paris

- BOUTIÉ. — De la chute du rectum et de son traitement. 1873.
- LHULLIER. — De la chute du rectum et de son traitement. 1868.
- PACTET. — De la chute du rectum. 1857.
- LOISELOT. — De la chute du rectum. 1858.
- MENNE. — Contribution à l'étude du prolapsus du rectum. 1889.
- CHAMAYOU. — Colopexie dans le traitement des prolapsus graves du rectum. 1890.
- LYOT. — Prolapsus du rectum. 1890.
- LEFÈVRE. — Nouveaux traitements opératoires du prolapsus du rectum. 1891.
- SOULIÉ. — Traitement du prolapsus du rectum. 1891.
- LARSONNEUR. — Prolapsus complet du rectum. Colopexie. 1893.
- MASSON. — Prolapsus du rectum. Pathogénie et traitement. 1894.
- VENDRELY. — Traitement des prolapsus du rectum. 1895.

